CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

TROISIÈME SESSION

TENUE A BLOIS DU 1er AU 6 AOUT 1892

COMPTES-RENDUS

PUBLIÉS

Par le Dr DOUTREBENTE

Secrétaire général du Congrès

Et le Dr THIVET

Secrétaire des Séances

BLOIS

IMPRIMERIE DORION ET Cie, RUE DENIS-PAPIN

1893



TROISIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

PRÉLIMINAIRES

(EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONGRÈS DE LYON)

Séance du Vendredi matin 7 Août 1891

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU

M le Président prie les Membres du Congrès de fixer la date du prochain Congrès et de désigner le lieu où il se reunira.

MM. Doutrebente, Rey et Régis ont successivement proposé les villes de Blois, Marseille et Bordeaux.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Carrier, Ladame, Joffroy, Charpentier et Bouchereau, le Congrès décide :

1° Que dorénavant, le Congrès se réunira, chaque année, le premier lundi du mois d'août, dans une des villes de France où les autorités et les médecins aliénistes en auront fait la demande d'un commun accord ;

2° Que l'an prochain, le Congrès se réunira à Blois, suivant la demande déjà faite à Rouen par le docteur Doutrebente.

COMITÉ D'ORGANISATION

Le Comité d'organisation composé de :

MM. Dufay, *Président d'honneur;*
Bouchereau, *président;*
Tardieu, } *Vice-Présidents;*
Guérin, }
Ansaloni, *Trésorier;*
Doutrebente, *Secrétaire;*
Thivet, *Secrétaire-adjoint*,

décida :

1° Que les questions mises à l'ordre du jour seraient les suivantes :

PATHOLOGIE MENTALE : Du délire des négations. — Sa valeur diagnostique et pronostique.
MÉDECINE LÉGALE : Du secret médical en médecine mentale.
LÉGISLATION : Des colonies d'aliénés.

2° Que, pour chacune de ces questions, un rapport serait imprimé et envoyé à chaque membre adhérent un mois avant la réunion du Congrès, et que les rapporteurs seraient :

M. le Dr Camuset, médecin en chef de l'asile de Bonneval.
M. le Dr Thivet, médecin-adjoint de l'asile de Blois.
M. le Dr Riu, médecin du quartier des aliénés des hospices d'Orléans ;

3° Que la cotisation serait fixée à 20 francs ;

4° Que M. Doutrebente serait chargé, comme secrétaire, de réunir tous les documents relatifs à la session projetée, et de faire toutes démarches pour l'organisation matérielle du Congrès et des excursions projetées ;

5° Enfin, que rien ne serait changé au règlement adopté au Congrès de Lyon.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS AU CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

(SESSION DE BLOIS 1892)

Dr **Adam** (**Aloyse**), médecin en chef de l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain).

Adam (**Louis-Félix**), médecin en chef de l'asile de Montdevergues, près Avignon (Vaucluse).

Barthélemy, médecin de St-Lazare, 21, rue de Paradis-Poissonnière, à Paris.

Ballet (**Gilbert**), professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Rouget-de-l'Isle, à Paris.

Blanche, membre de l'Académie de Médecine, 19, rue des Fontils, Paris-Auteuil.

Bouchereau, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Boudrie, directeur-médecin de l'asile de Vaucluse, par Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Boitteux, médecin-adjoint à la colonie de Fitz-James, près Clermont (Oise).

Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, rue des Carmes, 14, à Paris.

Bouteille, directeur-médecin de l'asile de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne).

Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, boulevard St-Germain, à Paris.

Camuset, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

Carrier (**Albert**), médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, à Lyon.

Cruet (**Ludjer**), médecin, rue de la Paix, 2, à Paris.

Charpentier, médecin de Bicêtre, rue Pierre-Guérin, 27, à Paris.

Chaslin, médecin, rue de Rennes, 64, à Paris.

Charon (**René**), médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord).

Christian, médecin en chef, maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine).

Coutagne, médecin-légiste, 7, quai de l'Hôpital, à Lyon.

Cullère, directeur-médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon (Vendée).

Deny, médecin de Bicêtre, 18, rue de la Pépinière, à Paris.

Dericq, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne).

Desmaisons, médecin du Castel d'Andorte, au Bouscat, près Bordeaux.

Doutrebente, directeur-médecin de l'asile de Blois.

Dupain, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

Falret (**Jules**), médecin en chef de la maison de santé, rue Falret, à Vanves (Seine).

Féré (**Charles**), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel, à Paris.

Frièse, directeur-médecin de l'asile de la Roche-Gandon, près Mayenne (Mayenne).

Gallopain, directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse).

Garnier (**Paul**), médecin de l'Infirmerie du Dépôt, boulevard Montmartre, 16.

Garnier (**Samuel**), directeur-médecin de l'asile de Dijon (Côte-d'Or).

Giraud, directeur-médecin de l'asile de St-Yon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

Dr **Guyot**, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne.

Hospital, médecin en chef de l'asile Ste-Marie, rue Ste-Claire, 54, à Clermont-Ferrand.

Huet, médecin, 21, rue Jacob, à Paris.

Joffroy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 186, rue de Rivoli, à Paris.

Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de Médecine, à Paris.

Lallemant, médecin en chef du quartier des aliénés, Hospice général, à Tours.

Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Mos.)

Mabille, directeur-médecin de l'asile de Lafond, près la Rochelle (Charente-Inférieure).

Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Marie, médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure).

Martinencq, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise).

Malfilâtre, médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares, à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).

Meuriot, 17, rue Berton, à Paris-Passy.

Meilhon, médecin en chef préposé responsable de l'asile de Montauban (Tarn-et-Garonne.

Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe).

Motet, médecin, 170, rue de Charonne, à Paris.

Parant, médecin, 17, allée de Garonne, à Toulouse.

Paris, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Petit (Gilbert), médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne).

Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, près Avignon (Vaucluse).

Pierret, professeur à la Faculté de Médecine, 8, quai des Brotteaux, à Lyon.

Pilleyre, directeur-médecin de l'asile de Prémontré (Aisne).

Raymond, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, 21, rue de Rome, à Paris.

Régis, médecin du Castel-d'Andorte, au Bouscat, près Bordeaux.

Rey, médecin en chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Ritti, médecin en chef à la maison nationale de Charenton, à St-Maurice (Seine).

Riu, médecin en chef du quartier des aliénés à Orléans (Loiret).

Roussel, membre de l'Institut et de l'Académie de Medecine, 71, faubourg St-Honoré, à Paris.

Rousset, médecin-adjoint à l'asile de Bron, Lyon.

Rouby, médecin de la maison des Capucins à Dôle (Jura).

Saury, médecin, 25, quai de Suresnes, à Suresnes (Seine).

Séglas, médecin, 96, rue de Rennes, à Paris.

Thivet, médecin-adjoint à l'asile de Blois.

Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Vétault, médecin, 210, boulevard Voltaire, à Paris.

Voisin (Auguste), médecin de la Salpétrière, 16, rue Séguier, à Paris.

Voisin (Jules), médecin de la Salpétrière, 58, faubourg Poissonnière, à Paris.

Ansaloni, médecin à Blois.

Blanchon, id.

Guérin, id.

Meunier, id.

Proust, id.

Tardieu, id.

Yvonneau, id.

Dufay, id.

Dr **Ansaloni** (Achille), médecin à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher).

Millier, médecin à Huisseau-sur-Cosson (Loir-et-Cher).

Deschiens, médecin à Savigny (Loir-et-Cher).

Delannay, médecin en chef de l'asile d'aliénés à Froidmont (Belgique).

Semal, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de l'Etat, à Mons (Belgique).

Ladame, professeur de l'Université, 14, rue de la Carraterie, à Genève (Suisse).

Marois, membre du bureau médical de l'asile de Québec, à Québec, rue Saint-Louis, 51 (Canada).

COMPOSITION DU BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'honneur :

M. Sainsère, Préfet de Loir-et-Cher.
M. Guéritte, Maire de Blois.
M. Monod, Directeur de l'Assistance publique.
M. le Dr Dufay, Sénateur.
M. le Professeur Ball.
M. le Dr Falret.
M. le Dr Delasiauve.
M. le Dr Calmeil.

Président :

M. Théophile Roussel, Sénateur.

Vice Présidents :

M. le Dr Giraud, de Rouen.
M. le Dr Parant, de Toulouse.
M. le Dr Carrier, de Lyon.
M. le Dr Garnier, de Dijon.

Secrétaire général :

M. le Dr Doutrebente, de Blois.

Secrétaires des séances :

M. le Dr Thivet, de Blois.
M. le Dr Marie, d'Evreux.

RAPPORTS

SUR

LES QUESTIONS DU PROGRAMME

PREMIÈRE QUESTION

DU DÉLIRE DES NÉGATIONS

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

Rapport par le D[r] CAMUSET

Directeur-Médecin de l'Asile des Aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir)

I

Dans une communication faite, il y a douze ans, à la Société médico-psychologique sous le titre : *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* (1), Cotard appela l'attention sur une forme délirante particulière, qui n'avait cependant pas jusqu'alors échappé aux observateurs, mais dont on n'avait pas, selon lui, reconnu la réelle importance. Peu après, le même médecin publia une étude plus complète de cette forme délirante particulière qu'il dénomma alors *Délire des négations* (2).

En 1884, M. Séglas fit paraître, sous le titre de *Note sur un cas de Mélancolie anxieuse* (3), une observation detaillée de *Délire des négations de Cotard*, accompagnée d'une intéressante analyse psychologique.

La même année enfin Cotard, cherchant à donner une explication physiologique de son délire des négations, supposa qu'il y avait, dans la Mélancolie anxieuse, perte de la vision mentale (4).

(1) Cotard. Société médico-psychologique. Séance du 28 juin 1880.

(2) Cotard. Du Délire des négations. Archives de neurologie n[os] 11 et 12, 1882.

(3) Seglas. Archives de neurologie n° 22, 1884.

(4) Cotard. Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse Archives de neurologie n° 21, 1884.

Puis parut, en 1889, le mémoire de M. Séglas : *Des idées de négation* (1).

Ces cinq documents constituent, croyons-nous, tout ce que nous possédons sur le délire des négations. Nulle part ailleurs il n'est décrit d'une façon spéciale, tout en étant cependant cité parfois, par certains auteurs, comme un élément constituant d'états psychopathiques divers. C'est ainsi, par exemple, que M. Journiac, dans sa thèse inaugurale, exposant deux observations de Délire hypochondriaque chez des dégénérés, note l'apparition des *idées de négation de Cotard* à un certain moment de l'affection (2).

M. Cullerre seul, dans son *Traité pratique des maladies mentales*, consacre quelques lignes au délire des négations, mais il résume seulement très brièvement les idées de Cotard sans les discuter (3).

L'historique du délire des négations est donc des plus simples et des plus restreints, et l'on peut dire que la question en est toujours au point où l'a laissé Cotard il y a douze ans.

Nous devons donc tout d'abord exposer ce que Cotard entendait par son délire des négations et indiquer la place qu'il lui attribuait dans le cadre nosologique. Nous verrons ensuite jusqu'à quel point les documents tirés des observations inédites, que nous avons pu recueillir, confirment les données de notre regretté confrère.

Cotard s'est particulièrement adonné à l'observation des différents états mélancoliques, il a apporté à ses travaux ses grandes qualités de clinicien habile, de psychologue érudit et de chercheur laborieux. Ses descriptions cliniques et ses études psychologiques sont des travaux remarquables, plusieurs resteront comme des modèles d'observation et d'analyse.

Personnellement, nous nous rendons si bien compte de la valeur de l'œuvre de Cotard, dans la partie au moins qui concerne les mélancolies, puisqu'il n'est question ici que de celle-là, que

(1) Séglas. Séméiologie et pathogénie des idées de négation. Annales médico-psychologiques, 1889.

(2) Journiac. Recherches cliniques sur le Délire hypochondriaque. Thèse de Paris, 1888, p. 37 et 38.

(3) Cullerre. Traité pratique des maladies mentales, p. 219.

nous osons à peine, et bien timidement, lui opposer quelques critiques. Mais il s'agit en somme, pour nous, d'exposer l'état actuel de la science sur le délire des négations, et les observations inédites que nous résumons plus loin, nous semblent militer en faveur d'opinions qui diffèrent en partie de celles de Cotard. Nous devons au moins le noter. Et puis notre critique devra surtout servir de point de départ à la discussion.

Cette critique, nous pouvons l'exprimer en un mot : Cotard est trop généralisateur. Il a donné des exemples parfaits et il les a soigneusement analysés, nous entendons au point de vue psychologique. Il expose, selon les données de la physiologie cérébrale, la genèse de certains états mentaux morbides, il fait voir les associations naturelles d'idées délirantes particulières et il insiste sur les processus psychiques qui les déterminent. Tout ce qu'il dit est juste et exact, mais pour des cas particuliers seulement et non pour toute une classe nosologique. Mais précisément il généralise ces processus morbides qu'il décrit si bien, et il les applique à toute une classe de malades qu'il désigne sous le nom de mélancoliques anxieux. C'est là, selon nous, de l'exagération, le *Délire des négations n'est pas une entité*.

Dégageons l'opinion réelle de Cotard en poursuivant l'évolution de ses idées dans ses différents mémoires, nous verrons que, pour cet auteur, le délire des négations est une psychopathie comparable au délire des persécutions de Lasègue.

En effet, dans sa première étude : *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse*, notre auteur donne une observation personnelle, à laquelle il compare cinq observations d'Esquirol, ainsi que plusieurs autres observations de Leuret, de Petit, de Krafft-Ebing, etc... Il discute tous ces cas dont l'analogie est évidente, et il conclut ainsi :

« La mélancolie anxieuse commune est une forme symptomatique fréquente des vésanies d'accès ou intermittentes ; elle guérit ordinairement. Il n'en est pas de même lorsque le délire hypochondriaque vient s'y ajouter ; dans ce cas le pronostic est beaucoup plus grave. Cela arrive quelquefois dès le premier accès ; souvent c'est au second, au troisième accès que se développe le délire hypochondriaque, et alors la maladie passe ordinairement à l'état chronique.....

« *Si cette espèce de lypémanie méritait d'être détachée*, on la reconnaîtrait aux caractères suivants :

« 1° Anxiété mélancolique ;

« 2° Idée de damnation ou de possession ;

« 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ;

« 4° Analgésie ;

« 5° Idées hypochondriaques de non existence ou de destruction de divers organes, du corps entier, de l'âme, de Dieu, etc. ;

« 6° Idée de ne pouvoir jamais mourir. »

Son second mémoire : *Le Délire des négations*, n'est qu'une étude plus complète de *cette espèce de lypémanie* qu'il croit décidément devoir isoler.

Lasègue, dit-il, a détaché des diverses formes de mélancolie le Délire des persécutions, dont l'étude a été complétée depuis lui, et qui est aujourd'hui une des entités psychopathiques les mieux connues. — En ce qui concerne les autres variétés du Délire mélancolique, nos connaissances sont bien loin de cette perfection relative. « Je me propose, dans ce mémoire, d'exposer une *évolution délirante spéciale*, qui me paraît appartenir à un assez grand nombre de ces mélancoliques non persécutés, plus particulièrement aux anxieux, et reposer surtout sur des dispositions négatives très habituelles aux malades. »

Et tout son mémoire est consacré à exposer comparativement l'évolution du délire des persécutions, d'une part, et l'évolution du délire des négations, d'autre part. Il insiste sur les différences fondamentales qui existent entre ces deux maladies mentales qu'il oppose l'une à l'autre à toutes les périodes de leur évolution.

Les persécutés ne sont jamais réellement négateurs, tandis que la mélancolie s'accompagne toujours plus ou moins de dispositions négatives, et l'auteur expose les caractères fondamentaux des états mélancoliques en général. Mais il faut lire dans le texte la remarquable analyse de l'état mental des mélancoliques des premières aux dernières périodes de leur affection. Il suit pas à pas les modifications psychiques du sujet, et il le montre naturellement timide, sans confiance en soi-même, plus sévère pour lui que pour les autres. Même les mélancoliques dits sans délire

présentent déjà une forme négative évidente. Ils ont honte de leur personne, ils se désespèrent parcequ'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues, ils n'ont plus de cœur, ils n'aiment plus leurs parents.

En forçant les traits de cette hypochondrie morale, on arrive aux idées de ruine, de culpabilité, de damnation, qui sont en somme des idées de négation.

Quant au délire des négations véritable, il a son origine, soit dans la mélancolie avec stupeur, soit dans la mélancolie anxieuse. Ces deux états, malgré la différence de leurs manifestations extérieures, sont analogues au fond. C'est l'anxiété qui les caractérise. Quand il est constitué, il porte soit sur la personne du malade, soit sur le monde extérieur. Les sujets manifestent des idées de destruction ou d'absence de certains organes, ils disent qu'ils n'ont pas de père, pas d'enfants, qu'il n'y a plus d'hommes, etc... C'est, en réalité, le délire hypochondriaque décrit dans le premier mémoire.

Les persécutés eux aussi présentent bien du délire hypochondriaque, mais quelle différence entre leur délire et celui des anxieux. L'hypochondrie des anxieux porte le cachet de l'humilité, ils sont répugnants, ignobles, pourris, damnés. Les persécutés, au contraire, ont en général une fort bonne opinion d'eux-mêmes, ils s'en prennent aux influences extérieures des souffrances qu'ils éprouvent, des maladies dont ils sont atteints. L'anxieux, lui, trouve en lui-même la cause de toute ces influences nuisibles.

Plus tard, alors que le persécuté devient mégalomane, le négateur, lui, devient damné, possédé. Il n'existe plus, ou au contraire il est immortel, il ne doit pas, il ne peut pas mourir. Enfin la démence vient clore la scène. — Mais cette idée d'immortalité n'est pas une idée mégalomaniaque comparable aux idées de grandeur des persécutés. C'est un délire d'énormité de nature mélancolique.

Le malade ne mourra pas, mais il gémit sur son immortalité qui n'est qu'une douleur de plus ajoutée à toutes ses autres souffrances. Il ne doit pas mourir, il souffrira pendant l'éternité.

Il y a, paraît-il, mais très rarement, des exceptions à cette règle ; l'anxieux négateur arrive parfois à la mégalomanie vraie.

L'auteur note ces rares exceptions dans un autre mémoire sur lequel nous reviendrons plus loin : *Le délire d'énormité.*

Nous pensons devoir, afin de n'oublier de mentionner aucun des caractères assignés par Cotard au délire des négations, reproduire en partie au moins le résumé qu'il donne des symptômes et de la marche de cette affection mentale. Car, nous le répétons, pour lui le délire des négations est bien une maladie mentale particulière, une entité nosologique définie. Pour ne laisser aucun doute sur le bien fondé de notre appréciation, nous copions dans son mémoire le passage suivant :

« Ce ne serait pas assez d'une rapide description du délire des négations et de ses différentes formes, pour faire de ce délire *une espèce particulière de mélancolie*. Je voudrais montrer que, conjointement à ce délire, il existe de nombreux symptômes étroitement associés entre eux, de manière à constituer *une véritable maladie* distincte par ses caractères et son évolution. »

Voici l'énumération complète de tous les symptômes du délire des négations avec l'indication des principales différences qui existent entre eux et les symptômes du délire des persécutions.

Au début, on observe surtout de l'hypochondrie morale, les malades deviennent incapables, ils perdent leurs facultés... — Avec l'inquiétude, ce sont les préoccupations hypochondriaques d'ordre physique qu'on trouve ordinairement au début du délire des persécutions.

Puis surviennent de l'anxiété, des gémissements. Les malades sont des types de mélancolie anxieuse. D'autres tombent en stupeur, quelques-uns présentent des alternatives de stupeur et d'agitation mélancolique.

Les malades ont un délire franchement mélancolique, ils manifestent des idées d'incapacité et de culpabilité. Ils sont indignes, damnés, on va les guillotiner, ils l'ont bien mérité. — Les persécutés rapportent toutes leurs souffrances à des influences extérieures, ils se vantent plutôt de leur force de résistance et de pouvoir supporter les maux dont on les accable.

Les négateurs se suicident souvent, ils se mutilent. Ils devien-

nent rarement homicides. — Les persécutés au contraire tuent souvent et deviennent rarement suicidistes.

Chez les négateurs on constate fréquemment l'analgésie.

Chez eux, les hallucinations de l'ouïe manquent souvent, quand elles existent, elles sont confirmatives des idées délirantes, en sorte qu'on ne note pas de dialogues entre eux et des interlocuteurs invisibles. Les hallucinations de la vue sont au contraire fréquentes. — On voit la différence qui existe, sous le rapport des troubles sensoriaux, entre eux et les persécutés.

A ce moment l'hypochondrie physique se manifeste par des idées d'absence et de destruction d'organes et de viscères, par la transformation de la personnalité, par des idées d'immortalité. Certains malades croient qu'ils sont morts, qu'ils n'existent plus. D'autres ne parlent d'eux qu'à la troisième personne. — Les persécutés présentent bien aussi, à un certain moment, de l'évolution de leur affection, des idées hypochondriaques, mais des idées hypochondriaques psychiques. On leur prend leurs pensées, on les rend idiots.

Puis les idées de négation se portent sur le monde extérieur, les sujets n'ont plus de parents, plus de famille. Ils nient tout, il n'y a plus d'âme, plus de Dieu.

Les négateurs présentent aussi de la *folie d'opposition* qui constitue, pour ainsi dire, la manifestation extérieure du délire des négations. Les sujets s'opposent de toutes leurs forces à tout ce qu'on veut leur faire faire.

Les négateurs refusent fréquemment de manger, mais leur refus est total et il est la conséquence de leurs idées de ruine et d'indignité. — Les persécutés refusent aussi assez souvent les aliments, mais c'est un refus partiel, ils craignent d'être empoisonnés, alors ils refusent certains aliments mais ils acceptent ceux dont ils ne se méfient pas.

Enfin, la marche du délire des négations est d'abord franchement intermittente et ensuite continue. — Le délire des persécutions a une marche rémittente, ou continue avec paroxysmes.

Le délire des négations devenu chronique se systématise de plus en plus, et son dernier terme est la démence. Il évolue continuellement, et c'est sa caractéristique, sur un fond d'anxiété gémissante, mais il arrive souvent que, dans les cas de chronicité

avancée, il survive en quelque sorte aux troubles généraux du début ; les malades alors, déjà en démence, ne présentent plus ni dépression ni agitation anxieuse manifestes.

Nous devons maintenant passer à un autre travail de Cotard intitulé : *Le Délire d'énormité*, dans lequel il est aussi question des périodes avancées du délire des négations. — L'auteur y défend cette proposition que le délire d'immortalité n'est pas un délire mégalomaniaque, mais qu'il est bien un délire mélancolique. « A une période plus ou moins avancée, dit-il, du délire anxieux, se produit souvent une pseudo-mégalomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, etc. », pseudo-mégalomanie qu'il propose de désigner sous le nom de *délire d'énormité*.

Mais enfin il existe des cas, très rares il est vrai, ou le délire d'énormité se transforme lui-même en véritable délire des grandeurs. Ces cas exceptionnels, l'auteur les explique en philosophe. — Il faudrait peu connaître l'esprit humain, dit-il, pour ne pas prévoir que là encore l'amour-propre finira par trouver son compte. L'idée d'énormité, le sentiment d'une puissance malfaisante, mais surhumaine, s'accorde mal avec l'humilité vraie. — C'est en somme, dirons-nous, le monstre au physique qui en arrive à être fier de son horrible difformité et qui l'exhibe avec complaisance.

Mais il faut surtout noter que l'observation clinique vient parfois démontrer la réalité de la transformation en question et confirmer ainsi la théorie philosophique.

Quelle est la marche du délire des négations, à quel âge apparaît-il, quel est son pronostic, quels caractères le distinguent des vésanies voisines ? — Toutes ces questions sont traitées dans le second mémoire, du *Délire des négations*, elles le sont aussi dans l'étude intitulée : *Seméiologie et pathogénie des idées de négations*, dont l'auteur, M. Séglas, se rallie sur presque tous les points à la doctrine de Cotard.

Si nous avons réussi à dégager la pensée exacte de Cotard sur la marche et sur le pronostic du délire des négations, voici l'opinion de cet auteur sur ces deux points.

Les négateurs sont, dès avant le début de leur affection, des sujets à caractère timide, taciturne, scrupuleux.

Chez les individus ainsi prédisposés, le Délire des négations

peut se déclarer de plusieurs manières. Quelquefois brusquement, à l'âge moyen de la vie, il peut alors évoluer et guérir ensuite complètement, les malades se réveillent d'un rêve, mais les rechutes sont probables, car le délire des négations se rattache aux vésanies d'accès ou intermittentes et à la folie circulaire. Comme ces dernières, après un certain nombre de rechutes, il tend à s'établir définitivement sous une forme plus ou moins remittente.

Mais le plus souvent il n'apparaît pas dès le premier accès de mélancolie anxieuse, il se greffe sur un des accès suivants, le second, le troisième.

Cotard insiste beaucoup sur le caractère d'intermittence qui se retrouve même dans les cas incurables par des réveils de courte durée où il semble que les malades aient retrouvé leur lucidité entière.

Le pronostic (de l'accès) est surtout fâcheux quand on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général et que les idées délirantes persistent au même degré. Les malades arrivent alors au délire négatif systématisé et ils présentent dans la plupart des cas la folie d'opposition de Guislain, dont le pronostic est des plus fâcheux.

Un caractère qui différentie bien les négateurs des *autres héréditaires* consiste en ce que, chez les premiers, il y a développement exagéré des mêmes qualités morales dont l'avortement, chez les autres héréditaires, explique la vie désordonnée. — Nous soulignons les mots *autres héréditaires*, qui existent dans le texte, ils indiquent que, pour l'auteur, la folie des négations se rattache à l'hérédité vésanique.

Nous terminons ici cet exposé en notant la seméiologie du délire des négations telle que Cotard l'a exposée.

1° Le délire des négations se présente à l'état de simplicité, il se rattache ordinairement alors aux vésanies intermittentes ;

2° Il est symptomatique de la paralysie générale ;

3° Il s'associe avec le délire des persécutions. — Enfin il évolue parfois sur un fond hystérique.

Le délire des négations symptomatique de la paralysie géné-

rale est bien connue depuis Baillarger, qui l'a signalé pour la première fois. (*Folie paralytique, forme hypochondriaque*).

Pour le délire des négations à l'état de simplicité, Cotard en rapporte huit observations ayant toutes trait à des cas chroniques. Ce sont naturellement des cas typiques puisqu'ils sont choisis comme des exemples par l'auteur lui-même.

Quant au délire des négations associé au délire des persécutions, Cotard en donne deux observations. Ce sont des cas dans lesquels les idées de négation et de persécutions sont réellement combinées ensemble. Dans la première, le délire des persécutions tend à la fin à remplacer le délire des négations.

Au début de ce rapport, en énumérant les études publiées jusqu'à présent sur le délire des négations, nous avons mentionné un mémoire de Cotard paru dans les *Archives de neurologie (la perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse)*. — Dans ce travail, l'auteur demande s'il ne serait pas légitime de rapporter à la perte progressive de la vision mentale l'altération, et ensuite l'abolition des sentiments affectifs, symptômes qu'on observe dans la mélancolie et dans le délire des négations, mais il se borne à poser cette question qui ne peut être résolue, d'une façon satisfaisante, que par l'anatomie pathologique.

Nous avons terminé la première partie de notre tâche, mais avons-nous réellement réussi à présenter d'une façon complète et exacte les idées de Cotard ? — Nous avons fait de notre mieux, et en tout cas, si nous avons commis quelques erreurs d'interprétation, si nous avons fait quelques oublis, il est certain que, pendant la discussion qui va s'ouvrir, ces erreurs seront relevées et ces oublis réparés.

II

Cotard a généralisé certains faits cliniques qu'il a observés, et il a conclu à la réalité d'une maladie mentale spéciale. Les observations cliniques recueillies depuis viennent-elles à l'appui de sa manière de voir ? Le seul moyen, pour trancher la question, con-

siste à réunir le plus possible d'observations de malades ayant manifesté des idées de négation. On verra si les conclusions tirées de cet ensemble de faits nouveaux se confondent avec celles de notre auteur.

Personnellement, nous ne possédions guère d'observations d'aliénés négateurs, mais nous avons eu recours à la bienveillance de nos collègues, et nous avons pu réunir ainsi plus de trente cas d'affections mentales présentant toutes, à des degrés divers, des idées hypocondriaques de négation.

Nous remercions particulièrement MM. Cullerre, Régis, Charon, Schils, Ramadier, qui ont bien voulu répondre à notre appel, et qui nous ont communiqué leurs observations.

Mais puisqu'il s'agit ici de tâcher d'établir un rapport sur un état mental peu étudié encore, sauf bien entendu par l'auteur qui le premier a attiré l'attention sur ce point de la psychiatrie, il n'est pas sans intérêt de faire connaître une réponse qui nous a été faite par plusieurs des collègues auxquels nous nous étions adressés. — « J'ai bien souvent noté des idées de négations, et dans des états phychopathiques divers, mais je n'ai jamais (ou je n'ai presque jamais), rencontré le type Cotard. »

Comme document, cette appréciation générale émise par des aliénistes, qui tous ont une grande expérience des malades, ne manque pas de valeur. — Les idées délirantes de négation ne sont pas rares, mais le type délirant de Cotard, avec ses symptômes complets et l'ordre de succession de ces derniers, s'observe rarement. — Telle est la donnée qui semble se dégager tout d'abord.

Nous allons résumer successivement toutes les observations qui nous ont été communiquées et que nous avons pu recueillir, ou plutôt, nous les indiquerons, ne notant que les points essentiels et qui se rattachent à notre sujet. Quelques-unes de ces observations sont absolument calquées les unes sur les autres, pour éviter les longueurs, nous ne retiendrons qu'une seule d'entre elles. Nous nous efforcerons enfin d'être concis, afin d'abréger le plus possible notre rapport. — Nous commencerons par les cas qui se confondent avec ceux de Cotard ou qui se rapprochent beaucoup d'eux.

1° Observation bien connue de M. Séglas, elle se confond avec les observations de Cotard. — Nous copions seulement le résumé de l'auteur : Femme, 38 ans, héréditaire. Convulsions dans l'enfance. — Deux accès de mélancolie. — Hallucinations. — Troubles de la sensibilité générale. — Six tentatives de suicide. — Impulsions à l'homicide. — Anxiété mélancolique. — Idées de damnation et de possession, d'immortalité. — Propension au suicide et aux mutilations volontaires. — Analgésie. — Idées hypochondriaques de destruction et de non existence d'organes. — Idées de négation : Elle n'a pas d'âme. La religion n'existe pas. Les prêtres ne sont pas des prêtres.

M. Séglas a bien voulu nous écrire que, contrairement à toutes les prévisions, cette malade avait fini par guérir de son accès vésanique. Pour cet auteur, c'est là un cas de mélancolie anxieuse à forme grave spéciale, mais il ne pense pas nécessaire de créer, pour les faits de ce genre, une espèce pathologique distincte.

En réalité, cette malade a eu un premier accès de mélancolie qui a guéri en quelques mois, puis elle est restée environ dix ans bien portante. Elle est redevenue aliénée après ce long laps de temps. Depuis, jusqu'à l'époque à laquelle elle fut confiée à notre savant confrère, elle n'a pas cessé de délirer, tout en ayant quelques périodes de semi-rémission qui permettaient de la faire sortir, pour quelque temps, des maisons de santé. Son dernier accès de mélancolie fut donc très long et sa guérison en est d'autant plus remarquable. Mais en cela, cette malade s'écarte du type de Cotard ; après un accès de mélancolie anxieuse avec délire des négations, d'une durée de plus de quatre ans, la chronicité eût dû s'établir irréparable.

En somme cette dame, héréditaire, à cerveau invalide, nous semble devoir rentrer dans la classe des délirants dégénérés intellectuels. Pendant le cours de ses accès délirants, elle présenta de l'angoisse, de l'impulsion au suicide, et même de l'impulsion à l'homicide ; il lui fallut toute son énergie pour résister à cette dernière.

2° Femme, 37 ans, pas d'hérédité, caractère naturellement gai. Pas d'accès antérieur d'aliénation mentale.

L'accès se déclare à la suite d'un chagrin profond causé par la

perte d'une nièce que la malade avait adoptée. — Délire mélancolique avec anxiété. Idées de ruine, de culpabilité : elle est ruinée, perdue, maudite, elle est la cause de la mort de sa nièce. Idée de damnation : elle a perdu la religion, compromis les sœurs, elle est damnée. — Hallucinations de la vue : elle voit des diables et des monstres.

En même temps, idées de négations ; elle n'a plus de chair, elle n'a plus rien que des nerfs. Elle n'a plus rien dans le ventre, ses viscères sont déplacés.

Quelques jours après, on constate des idées d'immortalité combinées avec les idées de négation : elle ne mourra jamais, elle souffrira toujours et pendant l'éternité. Il n'y a plus de paradis, plus de sœurs de charité, plus rien. Tout est changé dans le monde, il n'y a plus rien à la place..... « Il n'y a plus de bon Dieu, je l'ai détruit moi-même et je suis damnée. »

Après une durée d'un mois environ, cet accès mélancolique anxieux se calme un peu, peut être sous l'influence de la morphine à forte dose, mais à mesure qu'il se calme, il s'etablit une dyspnée de plus en plus violente. A ce moment (un mois environ après le début), l'angoisse et les idées délirantes ne surviennent plus qu'à certains intervalles et par accès. La malade s'occupe un peu.

Malheureusement l'observation est incomplète elle se termine là, la malade est toujours en traitement à l'asile. — (Extrait d'une observation de M. Cullerre.)

Nous trouvons dans ce cas les symptômes du délire des négations, mais toutes ces idées délirantes de ruine, de culpabilité, d'immortalité, de négation, etc... se manifestent en bloc et pêle-mêle dès le début de l'accès, ce qui n'arrive pas, croyons-nous, dans le délire typique des négations.

3° La malade est âgée aujourd'hui de 68 ans. Pas de renseignement sur ses ascendants. Elle a un fils qui a été atteint de mélancolie avec conscience, et une fille très débile. Il y a 30 ans elle a eu un premier accès de folie dont elle a guéri.

Cet accès s'est présenté d'emblée sous forme de mélancolie anxieuse avec délire des négations. La malade disait qu'elle était en pierre, qu'elle était une statue, qu'elle n'avait pas d'organe comme

les autres femmes, qu'elle ne pouvait pas mourir, qu'elle était condamnée à l'immortalité. Elle expliquait la chose en disant que sa mère enceinte d'elle avait été troublée par la vue d'une statue de cire, et qu'elle avait accouché d'une statue. L'accès était accompagné de refus d'aliments.

Après ce premier accès, la malade resta bien portante pendant dix ans. A ce moment, nouvel accès sous la même forme et guérison. Puis ainsi de suite depuis cette époque, les accès tendant de plus en plus à se rapprocher. C'est aujourd'hui le sixième.

Dans chaque accès, la malade manifeste toujours les mêmes idées. Elle est en pierre, elle ne doit pas mourir, ce qui la désole, aussi ne fait-elle plus de tentatives de suicide les considerant comme inutiles. — Elle ne peut donc pas disparaître, mais elle voudrait être oubliée, abandonnée, et qu'on ne s'occupât plus d'elle. Comme elle est en pierre et incassable, il lui arrive de se laisser tomber lourdement sur le plancher. Elle trouve réponse à tout sans abandonner son idée qu'elle est une statue. Elle a accouché, c'est vrai, mais c'est parce qu'on lui avait mis un double ventre au devant de sa matrice inerte. — Sa tête est damnée et possédée du diable. — Quelques illusions de la vue, mais pas d'hallucination. La sensibilité à la douleur est émoussée.

La très intéressante observation, dont nous avons extrait ce qui précède, nous a été communiquée par M. Régis, qui la complète par les justes réflexions suivantes : « Cette observation est un type du délire des négations tel que l'a décrit Cotard, et on y trouve tous les éléments signalés par cet auteur comme caractéristiques : forme intermittente ou par accès de la maladie, anxiété mélancolique, propension au suicide et aux mutilations volontaires, analgésie, idées hypochondriaques de non-existence d'organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, idée d'immortalité, etc. La seule différence à signaler est que le délire de négation et d'immortalité est apparu dès les premiers accès, tandis que Cotard le donne comme plus ou moins tardif, comme symptomatique de certaines mélancolies passées à l'état chronique ».

4° Femme, 39 ans, pas d'hérédité vésanique d'après les renseignements fournis par la famille, mais la malade présente plusieurs stigmates physiques de dégénérescence. Aucune affection

sérieuse jusqu'à l'âge de 36 ans. A cet âge apparaît, sans cause appréciable, un premier accès vésanique caractérisé par de la dépression mélancolique et de la tendance au suicide. Guérison complète après deux mois.

L'accès suivant, nouvel accès de mélancolie, est caractérisé par de l'anxiété, des idées hypochondriaques : elle n'a pas de gorge, pas de membres, plus rien ; par l'idée qu'elle est immortelle : elle n'a pas de corps et cependant elle ne mourra pas ; par des idées de suicide, elle avale des épingles. — Ce second accès s'améliore progressivement, et la malade sort de l'asile complètement guérie.

Nouvel accès en 1892 nécessitant une troisième admission à l'asile. Ce nouvel accès ressemble absolument au précédent. — Remarquer qu'on ne constate pas d'idées de négation portant sur le monde extérieur. — Anesthésie de toute la surface cutanée. Hallucination de l'ouïe. Elle dit que sa vue est perdue et qu'elle voit noir.

Cet accès était en voie de decroissance à l'epoque où l'observation nous a été communiquée. (Résume d'une observation prise par M. Charon dans le service de M. E. Cortyl, à l'asile de Bailleul.)

C'est là un cas qui présente tous les caractères assignés par Cotard au délire des négations.

5° Nouveau cas à ajouter à ceux du délire de négation tel que Cotard l'a décrit et dont il ne diffère qu'en un point, l'accès unique passe vite à la chronicité.

Homme, 49 ans, hérédité vésanique chargée. Accès mélancolique ayant débuté en 1887 à la suite de pertes d'argent.

Au début une tentative de suicide, puis idées de ruine et de culpabilité. D'autres tentatives de suicide à la suite d'excès de boissons.

Entrée à l'asile en 1888 avec anxiété, gémissements. On va l'écorcher vivant, le jeter aux bêtes féroces. Il l'a bien mérité, il est un grand coupable, etc.

Six mois après l'admission, apparition des idées de négation et des idées d'immortalité. Il doit vivre éternellement et toujours souffrir. Il n'a plus de sang dans les veines. Ensuite extériorisation des idées de négation : Vous croyez que vous existez, vous

autres? C'est une chimère. Tout est chimère. Rien n'existe que moi, et je durerai toujours. — Refus fréquents de manger et nouvelles tentatives de suicide.

Le malade demeure dans le même état jusque vers la fin de 1889, époque à laquelle on le perd de vue, sa famille l'ayant retiré de l'asile. (Extrait d'une observation communiquée par M. Ramadier.)

6° Femme, 45 ans environ à l'époque du début de l'affection. Antécédents héréditaires mal connus, mais très suspects.

Début brusque par de la mélancolie anxieuse avec idées hypochondriaques et idées de négation. Ce début remonte aujourd'hui à une quinzaine d'années.

La maladie a toujours suivi une marche continue avec paroxysmes irréguliers. — Elle a toujours présenté et elle présente encore les caractères du délire des négations.

Mme X..., une petite femme maigre, se tient constamment couchée sur sa chaise longue, les jambes fortement fléchies sur les cuisses et ces dernières sur le ventre. Il est impossible de lui faire modifier cette attitude, elle jette des cris déchirants si l'on cherche à allonger les membres inférieurs. — Elle est pourrie, perdue, elle n'est plus qu'un « petit lambeau de chair pourrie ». Pour le prouver, elle montre ses bras, sa langue, sa poitrine. « Vous voyez, qu'est-ce que tout cela? — Rien, un petit lambeau de chair pourrie. — Elle est destinée à souffrir toujours et à ne jamais mourir. « Si on pouvait la brûler, ce serait le seul moyen de la détruire, et encore? » — Sa tête est une fausse tête, sa bouche une fausse bouche.

On ne constate qu'une légère diminution de la sensibilité cutanée. Pas de troubles sensoriels, pas d'hallucinations.

Notez qu'on ne trouve pas d'idées de possession.

Cette malade qui appartient à la classe élevée de la société, est restée très intelligente malgré l'ancienneté de son affection. On peut causer avec elle pendant quelque temps de sujets quelconques, littérature, musique..., sa conversation est intéressante et spirituelle. Mais tout à coup elle l'interrompt pour se plaindre, se lamenter, redire ses phrases habituelles : Je ne suis qu'un petit lambeau de chair pourrie, je voudrais qu'on me brûlât, etc... —

Elle est en outre remarquablement mauvaise pour ses domestiques, elle les calomnie, elle les bat et les égratigne.

Le cas n'est pourtant pas tout à fait pur. Il existe des idées de persécution véritables, qui sont en parties masquées par les idées mélancoliques. Bien des souffrances, bien des tracas qu'elle éprouve, n'ont pas leur raison d'être en elle-même, elle subit aussi l'influence de causes nocives extérieures. Quoiqu'il en soit, on voit quels rapports étroits existent entre cette malade et les délirants négateurs de Cotard. (Extrait d'une observation de M. Schils.)

7° Femme, 49 ans, en période de ménopause. Antécédents héréditaires inconnus. Chagrins et perte d'argent, à la suite éclate un accès de délire mélancolique.

Au début, anxiété, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les voix lui donnent des ordres auxquels elle obéit, et c'est la raison de plusieurs tentatives de suicide.

Ensuite, idées de culpabilité et d'indignité. Elle voit le diable entrer par la fenêtre et la sainte hostie tomber dans sa chambre, elle est damnée. Elle a fait une mauvaise communion.

Plus tard apparaissent des idées hypochondriaques : elle n'a plus de pieds, plus de corps. On lui a brûlé son corps.

Elle devient gémisseuse, les idées hypochondriaques se combinent avec les idées de ruine et d'indignité, et aussi avec l'idée de non existence. Elle n'est plus Madame X..., Madame X... n'existe plus.

La malade devient tuberculeuse et succombe aux progrès de la phthisie pulmonaire. Son délire persiste jusqu'à la fin, les hallucinations de la vue et de l'ouïe restent également intenses jusqu'à sa mort. — L'accès durait depuis deux ans et demi quand la mort est survenue. (Extrait d'une observation de M. Cullerre.)

8° M. X..., instituteur, 47 ans, pas de renseignements sur les ascendants, un frère mort paralytique.

Début progressif par des préoccupations hypochondriaques avec angoisse, crainte d'empoisonnement, idée de sortilège. Le tout survient par accès, dans les intervalles le malade se rit de ses idées baroques.

Puis surviennent des hallucinations de l'ouïe, en même temps que les idées délirantes s'accentuent et deviennent continues. — Il a avalé le venin du sorcier, il est ensorcelé.

Nouvelles idées hypochondriaques, il est bouché, ses boyaux sont déplacés.

Brusquement, apparition des idées mégalomaniaques franches. Il va faire de grandes choses. Il est chargé par sainte Anne de convertir les peuples. Mais les idées hypochondriaques ne disparaissent pas pour cela, car il rend du venin de sorcier, des crapauds, des vipères, et à certains moments il est damné et vendu au démon.

Quelques temps après, il a perdu sa personnalité, il vit de la vie d'un autre.

Cette combinaison d'idées délirantes multiples persiste, accompagnée d'angoisse, pendant quatre mois. Puis le calme s'établit progressivement, les idées délirantes s'effacent petit à petit et la guérison finit par s'établir complète (mai 1883). — Pas de troubles intellectuels d'aucune sorte depuis cette époque, depuis neuf ans passés par conséquent. M. X... a repris, sans les interrompre, ses anciennes fonctions de secrétaire de mairie.

Nous trouvons, chez ce malade, la combinaison des idées délirantes signalée par Cotard, mais nous trouvons aussi du véritable délire de grandeur, chose qui rend le cas très notable. La marche de l'affection diffère aussi beaucoup de celle du véritable délire des négations. (Résumé d'une observation de M. Cullerre).

9° Cette observation est d'un haut intérêt. On y trouve le délire des négations et certaines de ces infirmités intellectuelles dénommées symdrômes épisodiques.

Une femme à tare héréditaire lourde (mère morte aliénée, plusieurs ascendants morts aliénés, plusieurs collatéraux aliénés), est d'abord traitée, dans une maison de santé de Paris, pendant deux ans, pour de « la folie du doute » et pour un « état anxieux ». Elle entre ensuite à l'asile de Bailleul, en novembre 1891.

Cette malade présente, à ce moment, avec un délire mélancolique complexe, plusieurs de ces psychopathies dénommées symdrômes épisodiques de la folie héréditaire. Ainsi elle a des idées obsédantes et angoissantes d'ordre mystique et de la folie du doute.

Le délire mélancolique est caractérisé par des idées délirantes diverses : Elle ne sait plus aimer, elle est une grande coupable, elle est ruinée. Idées de négation : Elle n'est plus rien, la famille, le monde n'existent plus. Autour d'elle, c'est le néant. Elle n'a plus de sensation. — Idées de suicide, refus d'aliments.

Plus tard, idées d'indignité et de damnation. Elle a eu commerce avec le démon. Elle ne guérira jamais.

Enfin l'anxiété diminue. — L'observation se termine à ce moment (avril 1892). (Extrait d'une observation de M. Charon. Service de M. E. Cortyl, asile de Bailleul).

10° Mme B..., 52 ans, en voie de ménopause, antécédents héréditaires mal connus, est prise d'un accès de mélancolie sans cause déterminée, il y a quatre ans.

Depuis cette époque, l'état mental de la malade est complètement stationnaire. La malade est un type de gémisseuse. Aussitôt qu'on la regarde elle gémit bruyamment et répète toujours les mêmes plaintes : Je suis perdue, c'est ma faute, j'ai fait mourir mon enfant, je suis une mauvaise mère. On va me couper le cou...

Si on veut la consoler en lui disant qu'elle n'a jamais commis de crime, que son enfant vit toujours et qu'il est actuellement un homme robuste et bien portant ; elle gémit davantage encore, et elle affirme en se frappant la poitrine qu'elle est indigne, qu'elle a fait mourir son enfant, etc. — Chose bizarre, si l'on entre dans ses idées et si on lui dit, qu'en effet, elle est une mère dénaturée, une criminelle infâme, et qu'on va la guillotiner, de suite elle se défend : Ce n'est pas vrai, je n'ai jamais fait de mal à personne, j'aime mon enfant, c'est atroce de me vouloir tuer. — Et toujours depuis quatre ans, nous avons observé cette même contradiction.

Depuis quatre ans également, c'est-à-dire depuis le commencement de l'accès, on constate des idées de négation. Elles portent, non sur la malade elle-même, mais sur l'entourage de celle-ci. D'abord elle n'a plus d'enfant, puisqu'elle l'a tué, mais elle n'a plus de mari, plus de famille, elle n'aime plus personne. Son mari étant venu la voir, elle affirmait qu'elle voyait bien « l'apparence de son mari », mais que ce n'était pas véritablement son mari.

— Il est certain qu'il existe des hallucinations de l'ouïe. (Observation personnelle).

11° Femme, 56 ans, héréditaire. Cette malade a toujours été intelligente, sérieuse et pondérée, peu communicative cependant et d'un caractère concentré. Elle a bien supporté de nombreuses peines et de nombreux chagrins. — Le délire éclate après une période de tristesse d'une certaine durée par une tentative de suicide.

A partir de cette manifestation extérieure de la vésanie, la malade présente les signes d'un délire mélancolique anxieux. L'anxiété se manifeste extérieurement par la répétition d'un même geste accompagné toujours de la même phrase. La malade tiraille sa lèvre supérieure en répétant : « Il faudrait tomber », ce qui, pour elle, veut dire : il faudrait disparaître. — Culpabilité imaginaire, terreurs non motivées, périodes de refus d'aliments.

Plus tard les idées délirantes ont pris le caractère hypochondriaque des négations et la malade en est arrivée à ne plus vouloir bouger de son fauteuil. En effet, elle n'a plus de tête, plus de bras, plus de corps, enfin elle est morte. — A toutes les demandes elle répond par des négations. — (Résumé d'une observation de M. Régis).

M. Régis termine son observation par les réflexions suivantes : Le délire des négations n'est apparu que longtemps après le début de la maladie, et lorsqu'elle était déjà passée à l'état chronique, ce qui rapproche l'observation de celles de Cotard. En revanche, la physionomie du délire tend plutôt à éloigner le cas du type du délire des négations. On ne trouve, en effet, ni l'idée de damnation ou de possession, ni surtout l'idée pénible d'immortalité. Enfin la maladie ne s'est pas présentée sous forme d'accès intermittents.

12° Homme, 67 ans, hérédité névropathique probable mais non certaine.

Début : Mélancolie aiguë avec idées de culpabilité et de ruine et tendance au suicide. Refus d'aliments.

Plus tard, s'éveille cette idée qu'il doit quatre millions, et quelque temps après, ce sont des milliards dont il est redevable envers

la maison de santé où il est soigné. Il ne veut plus manger pour ne pas augmenter sa dette.

Enfin le malade s'affaiblit de plus en plus et tardivement, il présente quelques idées de négation: Il est mort, sa femme n'est pas sa femme. Mais ces idées ne sont pas très fixes, le délire enfin n'est pas systématisé.

L'intérêt de cette observation réside surtout en la manifestation de l'idée délirante d'énormité, laquelle est bien une idée mélancolique, une idée de richesse à rebours, selon l'expression de l'auteur. (Extrait d'une observation de M. Régis.)

13° Femme, 53 ans, antécédents héréditaires mal connus, plusieurs épileptiques parmi les ascendants et les collatéraux, elle-même aurait eu, dans sa jeunesse, quelques attaques convulsives. Pas d'accès d'aliénation jusqu'en 1889.

Elle est atteinte au commencement de cette année 1889, d'un accès de mélancolie avec anxiété, gémissements, hallucinations de l'ouïe, idées de culpabilité et idées de négation. Elle a commis nombre de crimes, elle a voulu se suicider, elle a même voulu tuer son mari. (Le fait est exact.)

L'affection reste d'abord stationnaire, puis avec le temps, passe à la chronicité. Alors l'angoisse diminue ou disparaît même, la malade est tranquille, elle ne gémit pas, mais elle manifeste toujours des idées d'impuissance et de négation. Elle n'est plus bonne à rien, il est inutile qu'elle essaie de travailler, elle ne réussirait pas. D'ailleurs il n'y a plus rien, plus de commerce, plus de vie. Sa tête est vide, il n'y a plus de pensée dedans. Les idées de culpabilité persistent également: Dieu ne lui pardonnera pas ses fautes, elle a commis trop de crimes. (Résumé d'une observation de M. Charon, service de M. E. Cortyl).

On voit qu'il y a, entre cette observation et les observations de Cotard, de nombreux points de ressemblance. On y retrouve l'association, non pas complète, mais au moins partielle des idées délirantes rassemblées par cet auteur dans son type du délire des négations, mais on voit aussi que sous bien des rapports le cas relaté ici diffère du type. Cette remarque peut s'appliquer à la plupart des observations que nous résumons dans ce mémoire.

14° Il s'agit d'une folie sénile à forme mélancolique grave.

Femme, 70 ans, hérédité inconnue, excès alcooliques anciens, attaque d'apoplexie.

Cette femme était naturellement emportée, brutale et méchante. Depuis son attaque son exaltation s'est accrue. Elle courait les rues la nuit, et malgré son âge, provoquait les hommes. Elle accusait les gens qui l'approchaient de vouloir la tuer, voyait des précipices, des voitures qui allaient l'écraser. Elle voyait aussi le diable. On dut enfin la placer à l'asile de la Roche-sur-Yon.

Dès son entrée on constate de l'agitation et un délire hypochondriaque intense : on lui introduit des millions de bêtes dans la bouche. — L'agitation est permanente, mais elle présente des exacerbations pendant lesquelles l'anxiété est extrême, la malade pousse des cris épouvantables : elle a l'immensité dans la tête, elle croit qu'on veut la tuer, ensuite elle dit qu'elle sait bien qu'elle ne ne doit jamais mourir et qu'il faut qu'elle souffre toujours.

Puis surviennent de nouvelles idées hypochondriaques : Sa peau n'est pas une peau humaine, c'est une peau de bête, une peau de vache, de chien. Alors, elle se déchire la figure et se frappe la tête pour enlever cette peau étrangère ; enfin elle se mutile de son mieux.

Cet état persiste pendant un an avec des alternatives d'augmentation et de diminution de l'agitation anxieuse. Les conceptions délirantes surviennent irrégulièrement et se mélangent pêle-mêle sans se systématiser. Mais en somme elle présente, avec de la panophobie, des idées d'énormité, des idées hypochondriaques et des idées d'immortalité ; elle présente aussi et très fréquemment, des idées de suicide.

Une seconde attaque d'apoplexie l'emporte un an après son arrivée. (Extrait d'une observation de M. Cullerre.)

15° Femme, 45 ans, héréditaire, père mort dans le cours d'un accès de mélancolie anxieuse.

On ignore les circonstances du début de l'accès, quand la malade fut amenée à l'asile, elle était dans l'état suivant : Délire mélancolique avec anxiété, idées de suicide, idées d'immortalité.

Elle ne doit pas mourir, elle le sait bien et cependant elle cherche à se tuer. — Elle parle d'elle à la troisième personne.

Quelques jours après, le délire hypochondriaque s'accentue davantage, elle demande à grands cris qu'on lui ouvre la tête, afin de laisser sortir le liquide qui lui comprime la cervelle. Elle n'a plus ni bouche, ni intestins. Elle est pourrie. — Elle injurie Dieu qu'elle traite de vieille canaille, de vieux propre à rien.

Puis elle demande la mort, il faut qu'on la brûle, c'est le seul moyen de la détruire.

Cet état persiste, sans grand changement, pendant cinq mois, puis une amélioration survient qui s'accentue progressivement et la malade sort guérie, se rendant parfaitement compte des divers incidents de sa maladie. (Résumé d'une observation de M. Cullerre.)

16° Femme, 50 ans, en crise de ménopause, tare héréditaire légère. Accès de mélancolie à la suite de chagrins et d'excès alcooliques.

L'accès débute par de l'anxiété et des gémissements, et de suite apparaissent les idées de négation et de damnation : Je suis damnée, maudite. — Vous, vous n'êtes pas un médecin, vous êtes l'apparence d'un médecin.

Elle refuse de manger; autrefois on mangeait, on ne mange plus maintenant. Elle retient ses urines, parcequ'on n'urine plus maintenant. — Il n'y a plus de maisons, plus de villages.

La situation se maintient telle pendant neuf mois, mais la malade réagit de moins en moins, et elle arrive à ne plus gémir. Plus tard elle tombe dans le mutisme, elle répond seulement : non, à tout ce qu'on lui dit. En même temps, elle s'oppose énergiquement à tout ce qu'on veut lui faire. (Délire d'opposition.)

Elle s'affaiblit progressivement et d'autant plus vite qu'elle a un abcès par congestion causé par la tuberculose du rachis. Elle tombe dans le marasme et meurt trois ans après le début de son accès de mélancolie. (Observation abrégée de M. Cullerre.)

17° Femme, 44 ans, ménopause en voie d'établissement, hérédité vésanique.

Préoccupations hypochondriaques de nature physique an-

ciennes qui finissent par aboutir à un accès de mélancolie avec anxiété, idée qu'elle est perdue et qu'elle va mourir. On l'enterrera vivante. — Idées hypochondriaques : Elle est bouchée, les aliments qu'on l'oblige à prendre l'étouffent sans la nourrir. Tentative de suicide.

Quelques jours après, idées de négation d'ordre métaphysique : Elle est athée, il n'y a pas de Dieu, et idée d'immortalité : Elle ne peut pas mourir, elle doit souffrir éternellement.

L'accès dure six mois et se termine par la guérison. Il y a aujourd'hui près de douze ans qu'il est guéri, et depuis cette époque, la malade n'a éprouvé aucun trouble intellectuel. (Résumé d'une observation de M. Cullerre.)

18° Femme, 64 ans, hérédité inconnue, caractère ayant toujours été mélancolique.

A la suite d'une attaque d'apoplexie, affaiblissement intellectuel et dépression mélancolique. Dès le début idées de négation et délire d'opposition. La malade répond : « Non ! » à toutes les questions. Elle n'a plus de parents, il n'y a plus de monde. — Chose notable, ces idées délirantes disparaissent complètement et sont remplacées par des idées de ruine et de damnation. Puis la démence s'établit rapidement, profonde. — Malgré la nature des idées délirantes, la malade s'est toujours montrée un peu déprimée mais nullement angoissée, elle se résignait à tout. (Observation résumée de M. Charon. Service de M. E. Cortyl.)

19° Femme, 41 ans à l'époque du début de l'affection, hérédité marquée, caractère doux et tranquille jusqu'au début de l'accès vésanique, conduite très régulière.

Le délire s'établit rapidement, mais il fut précédé par une période de tristesse et de dépression causée, selon toute probabilité, par une maladie utérine, laquelle avait provoqué de l'anémie et de la gastralgie.

Au début : hallucination de l'ouïe et de la vue, troubles de la sensibilité générale, idées véritables de persécution.

Placée à Villejuif, à la suite d'une tentative de suicide, au délire de persécution fit place un délire mélancolique avec anxiété et gémissements. Elle implore son pardon à genoux, elle demande

la mort. — Tous les renseignements qui précèdent, nous les devons à l'obligeance de M. Marcel Briand, qui a bien voulu nous communiquer l'observation de la malade pendant qu'elle était dans son service.

Sortie de Villejuif et amenée à l'asile de Bonneval, il y a quatre ans, la malade est restée depuis ce moment dans un état absolument stationnaire. Idées de négation : Elle n'a pas de mari, pas d'enfants. Idées d'immortalité : Elle s'est créée elle-même et elle ne mourra jamais. Idées de grandeur véritables : Elle a fait le monde, c'est elle qui donne des ordres aux astres, elle est Jeanne-d'Arc.

Jamais un moment lucide, parfois des périodes d'excitation caractérisée par un délire intense d'opposition, le refus d'aliments, et des tentatives de suicide. Mais quand elle est ainsi agitée, elle reste ordinairement muette ne répondant à aucune question. — On la nourrit alors à la sonde, on lui administre un peu de morphine, et le calme reparaît après trois ou quatre jours.

On voit que ce cas de mélancolie ne répond, en réalité, à aucun type. Il présente des combinaisons les plus inattendues d'idées délirantes. Mais enfin on y note cette association des idées de négation (portant sur le monde extérieur et non sur l'individu), et des idées d'immortalité. Seulement ces dernières sont-elles vraiment de nature mélancoliques ? C'est douteux malgré l'attitude sombre et triste de la malade pendant qu'elle émet ses conceptions morbides.

20° Cette observation est analogue à la précédente, il s'agit d'un délire mélancolique aboutissant à un délire mégalomaniaque avec quelques idées de négation.

Homme, 45 ans, hérédité vésanique, mère morte aliénée.

Au début, lequel remonte à plus de cinq ans, excitation maniaque. Le malade ne peut rester en place, il est loquace, il néglige son travail ordinaire. Cet état persiste quelque temps, et il est remplacé par un délire mélancolique anxieux avec culpabilité imaginaire et crainte d'être guillotiné. Idées hypochondriaques de négation : Il n'a plus d'intestins. Hallucinations de la vue.

Après plusieurs mois de mélancolie anxieuse, le malade se

calme et il ne présente plus qu'un délire mégalomaniaque tranquille, mais formulé, comme par la maladie précédente, d'un air profondément triste, mélancolique et à voix basse. Il est Dieu et a d'abord créé le fils et ensuite le Saint-Esprit. Il gouverne le monde, fait mouvoir les astres. Seulement, on le détient prisonnier et il ne peut manifester sa puissance pour le moment, mais il sera bientôt libre. — Ce délire est très systématisé, jamais un instant de lucidité. (Observation personnelle).

21° Femme 46 ans, ménopause, hérédité inconnue.

Début, il y a une dizaine d'années. L'affection se caractérisait alors par du délire mélancolique avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale.

Pendant longtemps, l'état mental resta tel, la malade s'occupait. — Il y a plusieurs années, tout changea, mais d'une façon progressive. La malade devint inactive, de plus en plus triste, et elle en arriva à rester immobile, presque toute la journée. En même temps les idées de persécution l'abandonnèrent et furent remplacées par des idées de négation qui se systématisèrent de plus en plus.

Aujourd'hui, à toutes les questions, elle répond par des négations. Elle n'a plus de pensée, plus d'idée. Elle ne peut pas marcher ni manger. Elle se croit morte et elle se laisse lourdement tomber sur le plancher. Elle n'est pas anxieuse et semble résignée à son sort.

Elle n'a pas d'idées de négation portant sur le monde extérieur, elle ne nie rien de ce qu'elle voit autour d'elle. Elle ne manifeste pas non plus de négations d'ordre métaphysique. Enfin la mémoire et le syllogisme sont conservés. — La malade est actuellement en traitement à l'asile de Bailleul. (Résumé d'une observation de M. Charon).

22° Il s'agit d'une folie sénile. — Homme, 69 ans, pas d'hérédité, pas d'excès antérieurs.

L'accès d'aliénation mentale débute sans cause connue. Il se caractérise par des hallucinations de l'ouïe, des idées de ruine, d'indignité, des craintes d'empoisonnement.

Quelques jours après, apparaissent, avec de l'angoisse, des

idées hypochondriaques de négation. Il n'a plus d'estomac, plus de pieds, il est bouché et ne peut plus uriner. Ses parents qui viennent pourtant le voir, n'existent plus.

Tel est l'état du malade au moment où son observation nous a été communiquée. L'accès durait depuis peu de temps. (Observation résumée de M. Charon.)

Le délire hypochondriaque de la Paralysie générale, avec idées de destruction ou d'absence d'organes, ou avec idées, soit de petitesse, soit d'énormité, est bien connu, depuis les travaux de Baillarger, et il nous paraît inutile d'insister beaucoup sur ce sujet. Nous devons cependant relater quelques observations de periencéphalite à forme hypochondriaque, parceque dans les unes le diagnostic est resté incertain, et parceque dans les autres le délire présentait quelques particularités exceptionnelles.

23° Homme, 41 ans, hérédité inconnue, caractère naturellement triste et peu expansif, pris brusquement d'un accès de mélancolie à la suite de chagrins et de pertes d'argent.

D'abord, idées de ruine et de culpabilité, refus d'aliments et tendance au suicide : Il est un être indigne, il est cause de tous ses malheurs. — Puis surviennent des idées hypochondriaques, il ne digère pas, il a mal partout. Les idées s'accentuent et ne laissent plus place aux autres conceptions délirantes : Il ne peut plus se tenir droit, le traitement l'épuise, il urine trop. Enfin des idées de destruction d'organes, ses intestins sont bouchés, il n'a plus d'estomac, on le tue en le faisant manger.

L'affection reste stationnaire pendant quelque temps et ensuite elle guérit progressivement. Le malade sort complètement guéri après un séjour de un an et demi à l'asile.

Jamais on ne put constater un seul des symptômes physiques de la paralysie générale. (Résumé d'une observation de M. Cullerre.)

S'agit-il d'une paralysie générale au début ? — Le doute est permis. Il nous semble que les idées de culpabilité ne s'observent pas très souvent dans la folie paralytique de forme hypochondriaque. Mais c'est surtout la longue durée de l'accès qui milite en faveur d'une mélancolie simple. — Si ce dernier diagnostic est exact, l'apparition des idées hypochondriaques de

négation ne seraient pas toujours d'un pronostic fâcheux dans la mélancolie anxieuse.

24° Homme, 40 ans, paralysie générale de forme hypochondriaque.

Le malade présente non seulement le délire hypochondriaque avec perte et non existence d'organes, il n'a plus de bouche, plus de ventre, mais encore il extériorise son délire et il étend ses négations à tout ce qui l'entoure, il les étend même dans le domaine métaphysique. — Il n'y a plus rien, personne n'existe plus, il n'a plus de nom, il n'a pas de père, pas de mère, il n'y a plus de Dieu, plus d'âme.

Il nous semble que rarement, dans la paralysie générale, les idées de négation prennent une pareille extension. (Oservation personnelle. Asile de Clermont.)

Certains déments organiques sont systématiquement négateurs, la raison en est dans la perte de la mémoire, en voici un exemple :

25° Homme de 44 ans, en démence organique, lésions syphilitiques du cerveau.

Ce malade répond par des négations à tout ce qu'on lui demande. Qu'avez-vous mangé ce matin ? — Je n'ai pas mangé.— Où est votre mouchoir ? Je n'ai pas de mouchoir. — Avez-vous une femme et des enfants ? — Oui.

Il n'y a réponse négative que quand les questions portent sur des faits récents. (Résumé d'une observation de M. Ramadier.)

Pour donner un exemple typique du délire d'opposition que Cotard représente comme un état mental ayant, avec le délire des négations, un certain rapport, nous relatons le fait suivant :

26° Homme de 38 ans, héréditaire, entré à l'asile en mélancolie stupide.

Mutisme complet. Anesthésie cutanée. Sorti de sa stupeur, ce malade manifeste des idées de persécution et des craintes d'empoisonnement. Plus tard il refuse de manger, il faut le nourrir à la sonde. A partir de ce moment il s'oppose énergiquement, et sans en donner la raison, à tout ce qu'on veut lui faire faire. — Il faut

l'habiller de force, le faire manger à la sonde, lutter pour le changer de linge. Il se cramponne à tout ce qui est à sa portée et on a des difficultés inouïes pour le soigner convenablement. — Cet état persiste tel pendant assez longtemps et le malade finit par être perdu de vue. — (Résumé d'une observation de M. Ramadier.)

Nous terminons cet exposé clinique par la relation d'un cas de négation qui sort de notre sujet, mais qui nous paraît peu fréquent.

27° Homme, 40 ans, appartenant à une famille qui compte plusieurs aliénés parmi ses membres.

Ce malade a été atteint à plusieurs reprises d'accès de folie franchement maniaque. Les accès assez espacés d'abord se sont rapprochés de plus en plus, actuellement le délire maniaque est continu avec des exacerbations. — Depuis son premier accès jusqu'à l'époque actuelle, le malade a toujours présenté, au milieu de divagations diverses, les mêmes idées d'absence et de transformation d'organes. Aujourd'hui c'est principalement pendant les exacerbations qu'elles se manifestent. — X... n'a plus sa tête véritable, on la lui a changée contre une tête en bois ou en pierre, Quelquefois on a aussi mis un cœur et des poumons en pierre à la place de ses poumons et de son cœur véritables, mais il en revient particulièrement à sa tête. Il la montre, il la palpe, il la frappe à petits coups avec le doigt replié, afin de demontrer à tous le bien fondé de ses assertions. Il est très gai et accepte en riant sa mésaventure.

On trouve les idées de négation dans le délire hypochondriaque des débiles intellectuels. Nous avons précédemment fait allusion à deux observations confirmatives de ce fait, relatées dans la thèse de M. Journiac.

Dans la première, il s'agit d'une jeune fille héréditaire et atteinte de débilité mentale. A un moment donné cette malade se croit toute changée, elle n'a plus de mains, plus d'os, quand elle boit cela ne descend pas comme chez les autres, elle n'urine pas, etc.

La seconde a trait à un homme, en dégénérescence mentale, qui présente avec des idées fixes, des idées de négation analogues aux précédentes.

Enfin nous reproduisons ici un cas de ce genre.

28° X..., 32 ans, appartenant à une famille de névropathes. Signes physiques de dégénérescence. Débilité mentale assez marquée.

A la suite de pertes d'argent, léger accès mélancolique avec dépressions et préoccupations hypochondriaques diverses. Le malade se réveille, mais les idées hypochondriaques persistent, et il se plaint continuellement de maux de toutes sortes. Il est bouché et ne va plus à la selle. Il n'a plus de gosier. Ses poumons sont changés, ils sont inertes et ne fonctionnent plus, etc. — Ni anxiété ni angoisse.

Parmi les observations qui précèdent, il en est qui sont les reproductions presque exactes des observations typiques de Cotard. D'autres, plus nombreuses, s'écartent plus ou moins du type, soit par le fait de différences fondamentales dans la marche de l'affection, soit par l'absence d'une ou plusieurs des idées délirantes faisant partie du complexus symptomatique du véritable délire des négations.

L'examen même rapide de ces observations suffit pour démontrer que les idées de négation sont relativement fréquentes et qu'on les rencontre principalement dans les états mélancoliques anxieux et dans les folies séniles avec dépression. — Nous jugeons inutile d'insister ici sur leur fréquence dans le cours de la paralysie générale.

Il nous reste à rappeler l'explication psychologique du délire des négations donnée par les auteurs. Il nous faut encore aussi voir s'il est légitime de proposer, sur la valeur seméiologique et pronostique de ces idées délirantes particulières, quelques données basées sur l'examen des documents cliniques recueillis ici. C'est ce que nous allons tâcher de faire, le plus brièvement possible, dans un dernier chapitre.

III

Les idées délirantes de négation sont l'expression de troubles subjectifs divers, mais de nature identique, c'est pourquoi elles se manifestent sous des formules différentes, quoique le fonds délirant soit toujours le même ; ces formules délirantes sont en réalité multiples. La clinique montre que ces idées délirantes de nature unique et à formules multiples, coexistent souvent pendant tout le cours de l'affection, pendant le cours de certaines des périodes de cette dernière au moins ; elle montre également que parfois les diverses idées de négation se présentent successivement les unes après les autres, et que quelquefois enfin elles se combinent irrégulièrement entre elles. Les cas dans lesquels une idée de négation unique persiste seule pendant toute la durée de la visanie sont relativement rares. — Cette réserve faite, il est naturel, cependant, pour l'étude, de diviser en plusieurs classes les idées délirantes de négation.

1° Idées hypochondriaques de negation. — Ce sont elles qui ont particulièrement attiré l'attention des observateurs, Baillarger les a étudiées dans la paralysie générale.

Elles portent sur la notion délirante de modifications profondes survenues dans certaines parties du corps, de la perte ou de la non existence de certains organes, de certains viscères, ou bien de la transformation complète de ceux-ci. — Les malades ont l'estomac bouché, les intestins déplacés, ou bien ils n'ont plus d'estomac du tout, plus d'intestins. Ils n'ont plus de cœur, plus de poumons, plus de jambes. Ou encore, certains de leurs organes ne sont plus en chair ordinaire, ils sont inertes, morts, ils ne fonctionnent plus, ils sont en pierre ou en bois.

Ces idées de négation peuvent s'étendre au corps entier. Les sujets alors n'ont pas de corps, ils n'existent plus. Ou leur corps est en pierre, alors ils sont incassables, ou il est en verre, alors ils sont d'une fragilité extrême.

Concurremment il existe des idées de négation d'ordre psychique, ces mêmes malades n'ont plus d'esprit ni de pensée, parce que leur cerveau est comprimé, ou parce qu'il est inerte. — Il y a une certaine différence entre ces idées de négation d'ordre psychique et les idées de négation s'étendant à la sphère des sentiments, et qu'on note dans la mélancolie, alors que les malades n'ont plus de cœur, qu'ils ne peuvent plus aimer leurs parents, etc.

2° Idées de négation extériorisées. — Les malades nient la réalité de ce qui les entoure. Ce qu'on met sous leurs yeux n'est pas l'objet réel qu'on leur fait voir, c'est « l'apparence » de cet objet. On leur montre une rose : « Ce n'est pas une rose, c'est l'apparence d'une rose. »

Ces mêmes malades ne veulent pas reconnaître les personnes qui les entourent. — Vous n'êtes pas un médecin, vous disent-ils. — Les parents qui viennent les visiter ne sont pas leurs vrais parents, etc.

3° Idées de négation d'ordre psychique et d'ordre métaphysique. — Les sujets nient leur personnalité physique et psychique. Ils n'existent plus, ils parlent souvent d'eux à la troisième personne.

Ils nient l'âme, Dieu, le diable... Il n'existe plus rien.

A côté de ces idées de négation véritable, on doit en placer d'autres qui ont avec elles une analogie notable, ainsi certaines idées d'énormité, sortes d'idées de grandeur à rebours, qui, malgré l'apparence, sont de réelles conceptions mélancoliques. Ainsi l'idée d'*immortalité*, sur laquelle Cotard et M. Séglas ont beaucoup insisté, qui lorsqu'elle se manifeste dans le cours de la mélancolie, n'est nullement une idée mégalomaniaque.

Les idées de possession, de damnation, d'éternité douloureuse, ont également une analogie incontestable avec les vrais délires de négation.

C'est précisément cette combinaison fréquente d'idées hypochondriaques, de négation, d'idées de damnation et d'idées d'immortalité, découverte par Cotard, et si bien étudiée par lui, qui a été le point de départ des recherches de cet auteur, recherches dont

les conclusions, trop absolues selon nous, se formulent en une entité nouvelle, le délire des négations.

Mais ce n'est pas seulement dans le véritable délire des négations que Cotard a trouvé les négations, il a démontré que le mélancolique est négateur dès le début de son affection, et qu'il reste tel à toutes les périodes de celle-ci. Dans la mélancolie dite délire sans délire, hypochondrie morale de M. Falret, il y a déjà des négations. Le sujet n'a plus son intelligeace ni son énergie d'autrefois, il n'est plus capable d'aimer. — En réalité la négation est la caractéristique de la mélancolie, et à mesure que l'affection mélancolique progresse et s'accentue, la tendance aux négations progresse et s'accentue. Tous les symptômes de la mélancolie sont de la nature négative.

Il se peut que le « délire des négations », entité nosologique, soit discuté et combattu, mais il est certain que l'analyse si exacte et si profonde de l'état mental des mélancoliques que Cotard nous a laissée, restera comme une des belles acquisitions de notre spécialité.

On a cherché à expliquer, au moyen des données nouvelles de la psychologie, et particulièrement de l'étude de M. Ribot sur la « personnalité », le processus physiologique qui aboutissait au délire des négations. — M. Séglas a publié, sur ce sujet, un très intéressant travail (1).

Pour lui, les idées de négation appartiennent à la classe des idées délirantes secondaires (2), c'est-à-dire qu'elles ne proviennent pas « du fond de l'inconscient », et qu'elles ne sont pas une modification morbide des tendances naturelles du sujet, de son caractère habituel, de son tempérament psychique; elles dépendent de l'altération de la personnalité survenue par le fait de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique.

Le moi, en effet, n'est qu'un complexus d'éléments divers ; sa

(1) Séglas. — Seméiologie et pathogénie des idées de négation. Annales médico-pshychologiques (1889).

(2) Nous sommes cependant obligé de noter qu'il y a, sous ce rapport, divergence complète entre l'opinion de Cotard et celle de M. Séglas; pour Cotard, les idées de négation sont des idées délirantes primitives, il donne même ce caractère comme particulièrement distinctif.

base fondamentale est le sens intime, le sens organique, cénesthésique. C'est sur ce sens organique que prennent naissance tous les états affectifs, les plus élevés aussi bien que les autres. — On sait, et la chose est démontrée expérimentalement, la relation étroite qui existe entre la sphère affective et la sphère psychomotrice. On sait aussi que les sens extérieurs n'apportent pas d'éléments importants à la constitution du moi, « ils circonscrivent la personnalité, ils ne la constituent pas. »

La cause première de tout état mélancolique siège dans un trouble de la cénesthésie. De ce troubles résultent des modifications plus ou moins profondes dans les éléments affectifs et psychomoteurs constitutifs du moi.

Au debut le sujet perçoit differemment qu'il percevait, auparavant, et il en a la notion. Il se trouve autre qu'il était, il n'a plus son énergie ancienne, il n'a plus ses qualités affectives ordinaires. Et nous avons vu que ces premiers symptômes de la mélancolie simple se rattachaient déjà au délire de négation.

Plus tard le malade perd la conscience des modifications subjectives survenues en lui, et il acquiert, par le fait, le sentiment d'une sorte de dualisme. La transformation de la personnalité, même dans les cas les plus marqués, n'étant jamais complète, plus ou moins des éléments de l'ancien moi persistent toujours. — C'est par cette modification intime de la personnalité, par ce dualisme mal limité, qu'on explique les idées de négation, des plus légères aux plus marquées. M. Luys a donné une théorie physiologique du délire hypochondriaque de la paralysie générale qui a une certaine analogie avec celle qui précède:

Chaque partie du corps est reliée à un point particulier du centre cénesthésique. Quand par suite du progrès des lésions de la périencéphalite diffuse, un point quelconque du centre cénesthésique est atteint (non pas par la désorganisation, mais par l'ischémie), ce point ne fonctionne plus, pour un temps. Il en résulte que la partie du corps en relation avec ce point du centre cenesthésique devient absente du moi, et le sujet, malgré ce que lui apprennent ses sens extérieurs, en nie absolument l'existence. Et dans le fait cette partie localisée de l'organisme ne fait plus partie du moi psychique. — Mais où est situé le centre cénesthésique? Le défaut de documents anatomo-pathologiques précis rend

ainsi hypothétiques nombre de données psycho-physiologiques très séduisantes de prime abord.

Nous énumérons en terminant quelques propositions déduites des documents rassemblés dans cet article, et nous les soumettons au Congrès qui voudra peut-être bien les discuter.

1° D'une façon générale, et quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont négateurs. Il n'en est pas de même des persécutés;

2° Les idées délirantes de négation, isolées ou plus ou moins systématisées se manifestent souvent dans le cours de la mélancolie avec anxiété et gémissements;

3° Dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe parfois cette association d'idées de négation, de damnation ou de possession, et d'immortalité, si bien étudiée par Cotard, mais il ne semble pas que ces cas aient des caractères assez spécifiques toujours, pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle;

4° Dans les états mélancoliques, les idées de négation indiquent un trouble plus profond que celui accusé par les idées de ruine, d'impuissance et de culpabilite ordinaires; mais quand ces idées de négation se manifestent, il ne semble pas que le pronostic de l'affection en soit beaucoup aggravé. Le pronostic dépend avant tout de l'espèce nosologique sur laquelle se sont entées les idées délirantes spéciales.

C'est ainsi que les vésanies de forme intermittente avec idées de négation ne guérissent pas, alors que certains accès de mélancolie avec angoisse, culpabilité imaginaire, idées de damnation, de possession, de négation, d'immortalité et de suicide, survenus à l'époque de la ménopause, parfois à l'époque moyenne de la vie, et sous l'influence d'une cause vulgaire, sont assez souvent curables;

5° Il est à remarquer que la grande majorité des observations recueillies jusqu'à présent ont trait à des femmes, la mélancolie est du reste plus fréquente chez la femme que chez l'homme;

6° Il est aussi à remarquer que dans presque toutes les observations que nous avons pu réunir, quand les antécédents de fa-

mille des malades sont connus, la tare héréditaire de ceux-ci est lourde;

7° Dans les folies séniles de forme dépressive, on note assez souvent des idées de négation isolées ou systématiques;

8° Les sujets prédisposés à devenir négateurs sont naturellement timides, sombres, taciturnes, quelquefois ils présentent des symptômes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle.

Cette proposition ajoutée aux deux propositions qui précèdent semble indiquer que le délire des négations est l'apanage des cerveaux invalides. (1).

9° On observe les idées de négation dans les états mélancoliques anxieux. Ils se combinent souvent alors à des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tableau clinique particulier ; mais bien souvent cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement, les malades ne se croient ni possédés, ni immortels.

On les observe aussi dans la paralysie générale. Nous ne les avons jamais vu, dans cette affection, s'accompagner d'idées d'immortalité ni de possession.

On les rencontre enfin dans certains délires hypochondriaques, sans anxiété ni angoisse, des débiles intellectuels.

Nous avons déjà signalé leur manifestation dans la folie sénile et démentielle ;

10° Le délire hypochondriaque de la paralysie générale, quand il se prolonge, imprime une rapidité plus grande à la marche de cette affection.

(1) On sait combien sont fréquentes les conceptions hypochondriaques chez les sujets à développement intellectuel défectueux. On sait aussi combien facilement, chez ces débiles, ces conceptions hypochondriaques prennent le caractère délirant.

DEUXIÈME QUESTION

DU SECRET MÉDICAL

EN MÉDECINE MENTALE

Rapport par le Dr L. THIVET,

Médecin-adjoint de l'Asile de Blois.

I

Parmi les questions de jurisprudence médicale dans lesquelles le praticien peut être appelé chaque jour à jouer un rôle, quelle que soit la situation qu'il occupe, il n'en est pas de plus intéressante et à la fois de plus difficile que celle du secret professionnel.

Il semble, en effet, qu'en cette matière où l'honorabilité du médecin court des risques évidents, malgré toute la bonne foi que celui-ci peut apporter dans l'exercice de ses fonctions, on ne saurait trop utiliser l'expérience de ceux qui nous ont précédé dans la science et déterminer au mieux de l'intérêt général la conduite à tenir dans chaque cas particulier.

Mais en déontologie médicale ces difficultés s'accumulent, elles sont inhérentes à la nature même du sujet ; et malgré tous nos efforts pour sortir de l'obscurité, nous devons reconnaître que sur bien des points nos hésitations trahissent l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons jetés, alors qu'un article de loi et notre conscience nous sollicitent à la fois dans un sens différent.

L'article 378 du code pénal est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi « que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres per- « sonnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur « confie qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénoncia- « teurs, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonne- « ment d'un mois à six mois et d'une amende de 100 fr. à 500 fr. »

Il y avait avant le code une lacune à combler, ainsi que le font remarquer Chauveau et Faustin Hélie dans leur théorie du code pénal, car si la loi, et encore plus que la loi, la jurisprudence reconnaissait à certains témoins le droit de refuser leurs témoignages à la justice parce qu'ils n'auraient pu le faire sans violer le secret dont ils étaient dépositaires, il n'en est pas moins vrai qu'aucune peine ne frappait ces personnes quand elles révélaient indiscrètement et méchamment les faits qui leur avaient été confiés.

En d'autres termes, l'article 378 prévoit la malignité de celui qui porterait préjudice à autrui en révélant volontairement un secret qu'il aurait pu connaître grâce à sa profession.

Le droit pénal enseigne en effet que cette révélation est une sorte de diffamation ; or, l'intention d'injurier, d'outrager et de diffamer est nécessaire pour constituer le délit de diffamation, d'outrage et d'injure. *Injuria ex effectu facientis.*

Et cependant les arrêts rendus par la cour de cassation ont montré plus d'une fois que l'intention de nuire n'était pas indispensable pour constituer l'élément délictueux. — Pour n'en citer qu'un exemple : l'affaire du Dr Watelet que nous avons encore tous présente à l'esprit, et dont on peut lire le compte-rendu dans le remarquable ouvrage du professeur Brouardel sur le « Secret médical » est caractéristique à ce point de vue, que la bonne foi du médecin incriminé ne faisant de doute pour personne, sa condamnation fut cependant ratifiée, attendu disait la cour : « Que le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire. »

Certes, et à n'en juger que par des faits de cette nature, on peut déjà comprendre toutes les difficultés que présente l'exercice de la médecine, et le praticien ne saurait s'entourer de trop de

précautions, ne devrait émettre un avis, prononcer un diagnostic ou formuler un pronostic qu'après s'être bien assuré que la réputation de son client n'en peut souffrir, après avoir pesé la valeur de chacune de ses paroles, après avoir examiné le milieu dans lequel il se trouve, cherché à surprendre l'intention des personnes qui l'interrogent, etc.

En somme, il faudrait avoir toujours présente à l'esprit cette notion du secret médical et partager son temps entre le désir de vivre en paix avec sa conscience et la crainte de tomber sous les rigueurs de la loi.

Est-ce à dire que la tâche soit au-dessus de nos forces et qu'il faille passer outre, ou s'en remettre à l'inspiration du moment. — En aucune manière ; ou le secret est absolu et général dans tous les cas, ou il est relatif et livré à l'appréciation de celui qui en est dépositaire. — C'est là que réside tout le debat, car le principe en lui-même n'est pas discutable ; l'interêt social en réclame l'application, le jurisconsulte et le médecin l'ont admis de tout temps.

Il faut en effet remonter jusqu'au père de la médecine pour en trouver la première affirmation : « Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice de ma profession, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. » (Serment d'Hippocrate).

C'est ce devoir professionnel dont tout honnête homme a l'intuition que le legislateur a voulu sanctionner par un article du code. Que d'appréciations et de jugements divers ont été exprimés depuis, et combien la question nous paraît toujours obscure! Qu'il serait à souhaiter qu'on arrivât enfin à une solution concluante et définitive !

Disons de suite que le secret absolu ne nous paraît pas applicable ; c'est le but irréalisable, et d'ailleurs nous ne pouvons méconnaître que le silence du médecin peut quelquefois provoquer, à l'égard de l'intéressé, des suppositions plus fâcheuses que n'aurait fait la vérité toute entière. Cependant tous nos efforts doivent tendre à nous rapprocher de cet idéal, et pour cela nous devons rechercher, prévoir, pour ainsi dire, les différents cas dans lesquels le secret médical peut-être engagé, grouper autant que possible ceux du même ordre, les examiner consciencieusement, et consti-

tuer une espèce de code médical qui puisse nous servir de guide et de criterium.

Si le secret devient quelquefois difficile à observer pour celui qui exerce la médecine ordinaire, que sera-t-il pour nous qui nous sommes spécialisés dans l'étude des maladies mentales, pour nous qui recevons chaque jour les confidences de ces familles au-dessus desquelles plane la tare héréditaire la plus terrible ?

Or, pouvons-nous avoir une meilleure occasion que celle d'un congrès pour discuter à côté des questions scientifiques pures les questions de doctrine qui intéressent à un si haut degré l'honorabilité de notre profession ?

II

Dans son article du dictionnaire encyclopédique, Tourdes énumère toutes les opinions émises sur le sujet qui nous occupe depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Nous ne saurions mieux faire que de le suivre dans cette voie pour reconstituer brièvement l'historique de la question du secret médical.

Sur la nécessité du secret, il s'exprime en ces termes : Il y a de ces devoirs qui sont comme une des conditions essentielles du bien que le médecin est appelé à faire, et le secret est en première ligne parmi les devoirs de ce genre. On dit tout au médecin, il doit tout savoir, il peut tout deviner de ce qui concerne son malade, la condition du secret en résulte.

Nous avons déjà reproduit la formule du serment d'Hippocrate, qui figurait encore au siècle dernier en tête des thèses de la faculté de Montpellier. Rappelons que ce serment a toujours été un des titres d'honneur de la profession ; l'obligation morale universellement reconnue avait précédé les prescriptions formelles de la loi.

Au moyen-âge, les erreurs des médecins étaient déjà punissables et Zacchias place l'indiscrétion au premier rang de celles-ci. Cet auteur traite des cas douteux où le médecin peut également nuire en se taisant ou en parlant, à l'occasion du mariage, et montre

déjà les alternatives difficiles dans lesquelles il peut être placé.

Les jurisconsultes modernes sont encore plus explicites : Dans les relations habituelles de la vie, dit Trébuchet, un secret est considéré comme une chose sacrée, et tout homme qui divulgue celui qui lui est confié est frappé d'une juste réprobation ; mais, lorsque, à raison de votre profession, vous êtes placé dans l'intimité d'une famille qui, après avoir découvert les maladies pour lesquelles elle vous a appelé, n'a bientôt plus rien de caché pour vous, vous n'êtes plus seulement coupable d'indélicatesse, si vous compromettez par quelque indiscrétion les secrets de cette famille, vous commettez presque un crime, et la loi doit intervenir pour vous infliger les peines que vous avez méritées.

Max Simon estime que la paix, la sécurité des familles reposent en partie sur la discrétion des hommes qui sont appelés par leur profession à pénétrer tous les secrets de la vie intime.

Depuis la promulgation de l'article 378, comme nous l'apprend Tourdes (1), l'historique de la question comprend : le développement de la jurisprudence, lente à se former, les controverses et les débats dans lesquels les médecins payant de leur personne, ont fait prévaloir les principes qui sauvegardent l'intérêt public autant que la dignité de leur profession, les travaux qui ont approfondi quelques points de vue de la question.

Ces travaux sont nombreux, et leurs auteurs, magistrats ou médecins, sont assez connus pour qu'il nous suffise de citer les noms de Verdier, Trébuchet, Simon, Muteau, Hémar, Dalloz, Chauveau, Faustin Hélie, Tardieu, Legrand du Saulle, Briand et Chaudé, etc.

Nous devons une mention spéciale à l'ouvrage de M. le professeur Brouardel, publié en 1887, premier travail d'ensemble sur la question, et dont l'utilité n'échappe à personne. L'éminent doyen de la Faculté de médecine, résume en des pages dont la lecture est des plus attachantes, la plupart des cas où le secret médical est engagé et qui peuvent se presenter dans l'exercice de la médecine, puis il en donne la solution qui lui semble la plus conforme aux intérêts de la société et de la profession médicale.

Le passage suivant que nous empruntons à la préface nous

(1) Loc. cit.

montre mieux que toute analyse quel est le but et l'esprit de l'ouvrage: « Je voudrais, dit M. Brouardel, épargner à mes confrères les hésitations et les défaillances dont un grand nombre m'ont fait le confident. Presque tous se plaignent qu'une règle fixe ne leur trace pas leur conduite, car le plus souvent il n'y a pas de temps pour la réflexion, quand surgit cette question ; je n'ai pas la prétention d'édicter un semblable code, qui ne saurait, quels que soient les détails et les cas de conscience discutés, résoudre toutes les difficultés. J'ai choisi celles sur lesquelles j'ai été le plus souvent interrogé. Je me suis appuyé dans la discussion sur les opinions léguées par la tradition. »

Comme on le voit, M. Brouardel estime que pour aborder cette étude, il faut choisir un certain nombre de cas. Nous ne pouvions avoir de meilleur guide, et pour suivre son exemple, nous avons recherché, dans le cadre des fonctions du médecin aliéniste, les occasions principales où celui-ci peut se trouver en face du secret professionnel.

C'est là le but de ce programme, de ce questionnaire, si l'on veut nous permettre l'expression. Puisque nous avons la bonne fortune de pouvoir consulter à ce sujet les représentants les plus autorisés de la psychiâtrie, nous les prions de vouloir bien nous faire profiter de leur expérience en cette matière et d'éclairer la religion de ceux qui, comme nous, éprouvent au seuil de la profession les hésitations les plus légitimes et le souci de ne point faillir à l'honorabilité que revendiquent à si juste titre, comme récompense de leurs efforts, tous ceux qui se sont adonnés à l'art de guérir.

III

De toutes les questions susceptibles d'être posées au médecin d'une maison de santé publique ou privée, la plus fréquente, celle qui se présente sous les formes les plus diverses, avec les précautions oratoires les plus habiles, avec les détours les plus savamment combinés, et peut-être la plus difficile à résoudre est la

question relative au mariage des aliénés ou de leur descendance.

Supposons le cas suivant :

Un aliéné que nous avons eu en traitement sort guéri ou considéré comme tel. Il reprend le cours de ses occupations et songe à se marier. Il sollicite la main d'une jeune fille. Le père de celle-ci ayant été informé plus ou moins directement des antécédents de son futur gendre vient nous trouver et s'exprime à peu près en ces termes : « J'ai entendu dire, ou je sais formellement, car le fait est de notoriété publique, que M. X... a été traite dans votre maison, à telle époque, pendant tant de temps ; d'un autre côté, l'union qu'il désire m'agrée, je souhaite vivement qu'il entre dans ma famille, mais aussi je veux savoir si la maladie dont il a été atteint est sujette à récidive, s'il y a des probabilités pour que cette récidive ait lieu, si les enfants qui pourraient naître de cette union seraient menacés, si dans le cas particulier, l'hérédité ne pourrait pas être conjurée..., etc... En d autres termes, dites-moi, docteur, puis-je consentir à ce mariage sans compromettre fatalement l'avenir de ma fille ? »

Quelle sera notre réponse ?

Et d'abord devons-nous reconnaître que nous avons donné nos soins au malade en question ? Devons-nous garder le silence absolu en face de ce père dont la démarche est si naturelle ? Et si nous consentons à répondre, que dirons-nous ?

Il se peut que le malade ait été interné pour un accès d'alcoolisme aigu, qu'il ait guéri rapidement, que sa guérison se soit maintenue depuis longtemps déjà, et dans ce cas devons-nous l'exposer par notre silence à être éconduit, alors que nous sommes persuadés qu'il présente toutes les garanties désirables de guérison, alors même que nous considérons que le mariage projeté ne présenterait que des chances favorables ?

Il se peut également que l'intéressé soit un vésanique intermittent, dont l'état mental, actuellement satisfaisant, peut chaque jour présenter de nouveau des symptômes morbides.

Ou bien encore c'est un paralytique général en rémission depuis six mois, un an.

Ne serait-ce pas, dans ces cas, un devoir de conscience que

d'avertir, charitablement, au moins la famille du malade, lorsqu'elle nous consulte à son sujet, et de l'engager au nom de leur intérêt même à renoncer à une union qui ne peut avoir que des résultats malheureux ou constituer parfois un danger immédiat.

Pour M. Brouardel, le secret est inviolable quelles que soient les conditions dans lesquelles il se présente : « Ce secret qui vous pèse, dit cet auteur, vous l'avez reçu parce qu'il vous a été confié, vous l'auriez toujours ignoré si vous n'aviez pas été médecin. Qu'un ami trahisse la confiance d'un de ses amis, la conscience publique ne se révolte-t-elle pas ? Or, la trahison d'un médecin est encore plus coupable. — Le malade ne vous choisit pas à cause de vos qualités morales mises par lui à l'épreuve dans un commerce antérieur, il franchit votre cabinet parce qu'il sait que vous êtes, par la loi et les traditions, condamné au silence. » Et plus loin, il suppose le cas suivant : « Votre client ou ses parents vous délient de votre secret professionnel et vous donnent le droit de dire la vérité ; il est évident que si, plus tard, après une rupture qui aurait été la conséquence de vos confidences, la famille vous intentait une action, vous ne seriez pas condamné, pourvu que, prudent, vous ayez demandé que cette liberté vous fût donnée par écrit. » Cette garantie d'un témoignage écrit qui nous met à l'abri de poursuites ultérieures de la partie lésée est assez séduisante, et dernièrement encore un de nos maîtres employait ce moyen terme à la satisfaction de tous. Cependant, M. Brouardel prétend que même dans ces circonstances, et dans l'immense majorité des cas, le devoir est de se taire, et il en donne la raison suivante : Dans la pratique médicale il est bien rare que nous disions la vérité toute entière à nos malades ou à leurs parents, nous ne leur devons qu'une vérité relative, celle qui leur est utile de connaître pour prendre les soins nécessaires à leur santé.

La famille de ces malades nous délie du secret professionnel et ajoute : Dites la vérité ! Quelle vérité allons-nous avouer ? Celle que nous avons donnée à la famille de notre malade, mais elle n'est que relative et alors nous trompons la personne qui nous interroge. La vérité vraie, complète ? Mais alors nous allons bien au-delà de ce que la famille nous a autorisé à dire. Dire tout ou partie ne peut que tromper et amener précisément les désastres que l'on veut éviter.

Voilà bien la question du secret absolu ou relatif. Certes, les arguments présentés plus haut en faveur du secret absolu sont bien de nature à entraîner les esprits. Et cependant bien d'autres médecins ont cru et croient encore qu'il est des cas et des situations où les prescriptions légales peuvent être éludées, et où nous ne devons prendre conseil que de notre raison et de notre conscience. Ils pensent, en effet, qu'autre chose est de révéler un secret, quand il ne s'agit que de punir un coupable, quand le mal est fait et qu'il n'y a plus moyen d'y porter remède ; autre chose quand, par un avis même indiscret, on peut prévenir une mauvaise action ou empêcher le malheur même d'une famille. Pour eux, le secret médical offre au point de vue moral des difficultés dignes de l'attention la plus sérieuse, en aliénation mentale, par exemple. Plusieurs Sociétés médicales ont adopté cette manière de voir. Déjà, en 1863, le Dr Caffe voulait qu'une consultation, à laquelle on donnerait le nom de jury conjugal expert, et à laquelle ne participeraient pas les médecins de la famille, décidât si le mariage serait possible et non dommageable, et il en donnait la raison suivante : Qu'on a le droit d'exiger pour la race humaine, les précautions prises pour la conservation des races animales ou végétales qui lui sont soumises.

Le docteur Casimir Pinel dans un rapport qu'il avait présenté à la Société Médico-Psychologique, après avoir cité l'opinion exprimée par les jurisconsultes sur la signification, le but et la portée de l'article 378, examinait quelles étaient les tendances et les applications des médecins quant au secret médical relatif au mariage des aliénés. Cette communication des plus intéressantes serait à citer toute entière, nous nous bornerons à en reproduire les points principaux.

La question se posait ainsi :

Interrogé sur l'état maladif de ses clients, le médecin doit-il garder, en toutes circonstances, un silence absolu, ou n'écoutant dans certains cas, que les impulsions de sa conscience, faire comprendre par une réserve significative ou par une révélation sincère, que le mariage offre des inconvénients graves, peut produire de déplorables conséquences, et qu'il faut le rejeter complètement ou du moins le différer ?

A l'appui de sa thèse, l'auteur cite un certain nombre d'exem-

ples : Héréditairement prédisposé, M. X... est atteint de folie. Après six mois de séjour dans une maison spéciale, il recouvre la raison et la conserve dans son intégrité pendant quinze ans. Sans consulter les médecins qui l'ont traité antérieurement, un père de famille honorable lui accorde la main de sa fille. Mais deux jours après le mariage une exaltation maniaque se déclare et M. X... vient présenter lui-même sa jeune femme au Directeur de la maison de santé où on fut forcé de le retenir. Cette maison était la nôtre. Si l'on nous avait préalablement interrogé, nous eussions insisté sur le danger d'une telle alliance, le père, le frère et la sœur du malade ayant eu des atteintes d'aliénation. Ce mariage amena de funestes conséquences. La jeune femme succomba après avoir donné le jour à un enfant, et le mari la suivit dans la tombe à peu d'intervalle. On nous exprima des regrets tardifs. La famille, en effet, était coupable d'une grande imprudence ; elle avait fermé les yeux sur le péril, puisqu'elle savait d'une manière positive que le malade avait été traité dans notre établissement.

Un malade présentait les symptômes suivants :

Délire ambitieux, projets déraisonnables, hésitation dans la parole ; il était atteint d'une affection spécifique invétérée et se trouvait sur le point de s'unir à une jeune personne appartenant à une famille des plus respectables, qui demanda en toute sincérité à être éclairée. Quel aliéniste hésiterait en pareil cas, et, après avoir échoué auprès du malade lui-même, laisserait s'accomplir en silence cette fatale union ?

M. A... a ressenti les symptômes d'une paralysie générale parfaitement caractérisée. Sous l'influence de l'isolement et des soins qu'il a reçus, tous les phénomènes ont à peu près disparu. Il éprouve une rémission complète qui fait croire à une guérison. Il demande alors la main d'une jeune fille. Nous sommes consultés et déclarons sans détour qu'une rechute ne se fera pas attendre. En effet, quelques mois après, de nouveaux accidents se manifestent et se terminent par la mort deux ans plus tard.

Un mélancolique nous confesse le penchant qui le porte au suicide et lui cause d'autant plus d'effroi que plusieurs de ses proches ont mis volontairement fin à leurs jours. On lui indique le mariage comme diversion et moyen de curabilité. Que doit-il

faire ? Quelques jours après, la famille à laquelle il désire s'allier réclame à son tour un avis. La réponse fut ce qu'elle devait être, doublement négative.

Se taire toujours en se retranchant systématiquement derrière l'article 378 semble d'un rigorisme exagéré, contraire même parfois à la morale sociale et aux devoirs professionnels parceque le médecin doit être un honnête homme avant tout et qu'il est souvent un père de famille.

Il n'est pas impossible, en effet, que le médecin soit consulté par une personne de sa propre famille à l'occasion d'une union projetée dans les conditions où nous nous sommes placés. Aura-t-il encore le courage de garder le silence alors qu'il peut d'un seul mot peut-être conjurer le malheur de plusieurs générations.

Les droits des aliénés peuvent se résumer en un seul, qui consiste à exiger qu'il soit fait à leur égard ce qu'ils voudraient faire eux-mêmes, s'ils étaient sains d'esprit, pour le plus cher de leurs parents. C'est ainsi qu'il leur est dû une assistance prompte et des soins éclairés pour faciliter leur guérison ; une protection vigilante, dans quelque condition qu'ils se trouvent, dans leurs familles, dans les asiles, ou devant les tribunaux. Serait-ce porter atteinte à leurs droits, et serait-ce mal interpréter le sens de la loi que de les détourner du mariage ?

Le docteur Hughes voulait qu'on n'autorisât le mariage des aliénés que dans l'âge stérile, s'appuyant sur cet argument que s'ils étaient sains d'esprit, ils ne voudraient certainement pas d'une progéniture entachée d'un pareil vice héréditaire et que, d'autre part, de semblages mariages peuvent déterminer une détérioration de la race, dont la société a le devoir et le droit de se préserver.

Pressenti sur la conduite qu'il observerait dans des circonstances analogues, le docteur Gaide, dans une société médicale, déclarait qu'il ne se sentirait pas le courage d'obéir à la loi : « Ma conscience, dit-il, parlerait plus haut qu'elle, et si par impossible, la peine prononcée par le code m'était appliquée, j'en appellerais à tous les pères de famille, et, la tête haute, je plaindrais le tribunal qui se serait cru autorisé à me punir d'avoir préservé une femme et sa génération tout entière. »

Et si, malgré la loi, nous obéissons à l'impulsion d'un senti-

ment généreux, dans quelles limites le ferons-nous ? L'essentiel, d'après Casimir Pinel, serait de proportionner pour ainsi dire ses divulgations à la stricte nécessité, le médecin trouvant toujours dans son expérience et dans son esprit le moyen de se faire entendre, sans violer directement le secret médical. Il ajoute qu'il ne s'agit pas, en effet, de révéler la maladie du client à la personne intéressée à la connaître, mais de faire uniquement sentir que le mariage serait une inopportunité et même un péril.

En résumé, deux opinions : la première nous prescrivant le secret absolu dans tous les cas, la seconde nous permettant d'analyser, de peser les conditions dans lesquelles nous pouvons ou nous devons répondre.

D'autres fois la question se présente différemment : les deux futurs conjoints sont parfaitement sains l'un et l'autre, leur équilibre intellectuel n'a jamais varié ; mais dans la famille de l'un d'eux il y a eu un ou plusieurs parents proches ou éloignés qui ont été traités pour une maladie mentale, qui ont fait un séjour plus ou moins prolongé dans un asile. Quelles que soient les précautions prises par la famille éprouvée pour dissimuler cette tare, bien qu'elle ait prétendu qu'il ne s'agissait que d'affections purement nerveuses, passagères, sans tendance héréditaire, l'autre famille inquiète se met en quête de renseignements, et finit souvent par découvrir le médecin qui a autrefois donné des soins, auquel cas on l'interroge d'une façon détournée, ou on le fait interroger adroitement par un intermédiaire plus en situation d'obtenir les détails que l'on désire, et toute la série des questions habituelles se dresse de nouveau : A quelle époque M. X... était-il en traitement, quelle était sa maladie, peut-on espérer que ses enfants n'en seront pas atteints ? etc... On ira même jusqu'à surprendre votre bonne foi ; on plaidera comme on dit vulgairement le faux pour savoir le vrai : « J'ai épousé, vous dira-t-on, la fille d'une personne que vous avez soignée dans votre maison de santé pour une affection cérébrale, et je vous serais reconnaissant de m'indiquer les moyens d'éviter autant que possible la production d'accidents semblables dans ma famille. » Or, le mariage n'a pas eu lieu et l'on désire savoir seulement si telle personne a été réellement internée pour cause d'aliénation mentale.

Mille subterfuges serviront en pareil cas pour arriver au but

qu'on se propose. Sera-t-il toujours possible au médecin de les déjouer ?

Il y a en outre une distinction à établir entre les asiles des grandes villes dont la population est considérable, et ceux de moindre importance comme il s'en trouve un grand nombre en province. Dans ces derniers, il est bien malaisé au médecin de voiler le caractère de la maladie, interrogé comme il l'est à chaque instant par des parents, des amis, des voisins, auxquels ii ne peut malgré sa circonspection et ses scrupules donner des réponses toujours évasives. Un membre de la famille, par exemple, est venu voir le malade et n'a pas cru devoir garder le secret sur cette visite; le commissaire de police, le maire, le juge de paix, le procureur, ses substituts, en sont instruits par suite même de leurs fonctions et peuvent être intéressés à obtenir des renseignements.

On conçoit qu'à supposer cette notoriété, la dissimulation serait puérile, et de plus, équivoque et dangereuse, puisqu'on pourrait mal interpréter d'une part, la conduite du médecin, on prononce si vite et si facilement le mot de séquestration arbitraire, et d'autre part, en induire que l'état du malade est plus grave qu'il ne l'est véritablement.

Pour Casimir Pinel, non seulement le médecin ne doit pas être le servile observateur d'une discrétion systématique, mais il doit aller au-devant du péril dans l'espoir, peut-être chimérique, que la folie deviendra plus rare et la détérioration de l'espèce moins rapide. Il pense, en définitive, et ce sont les conclusions de son travail :

Que si le mariage projeté semble au médecin nuisible à l'un des conjoints et fatalement grave par ses conséquences ; que si l'influence héréditaire se fait craindre, l'homme de l'art, justement préoccupé de l'intérêt des familles et de celui non moins sacré de la société, doit user de tous les moyens en son pouvoir pour empêcher une telle union et les malheurs qui en seraient inséparables.

Le médecin aliéniste, dit Pinel, doit alors dans un langage réservé, bien que loyal et ferme, prévenir d'abord son client, puis les parents du malade, et, s'il n'est point écouté, leur déclarer son intention irrévocable de faire sentir à la famille, qui le consulte,

la nécessité d'ajourner le mariage ou d'y renoncer complètement. Il ajoute qu'on trouvera avantage et convenance, toutes les fois que la possibilité s'en présentera, à s'entendre avec le médecin des consultants, lequel, grâce à la confiance que sa position lui assure, pourrait, en blessant moins directement leurs susceptibilités intimes, les dissuader plus aisément et plus sûrement du mariage.

Ce sont là conseils qui semblent émanés d'un sentiment bien net des devoirs supérieurs de conscience et d'humanité, mais sont-ils réellement applicables, et ne sortirions-nous pas de notre rôle en nous constituant ainsi, et d'emblée, gardiens vigilants de la santé intellectuelle au sein des familles, qui n'ont point demandé ce service ?

En d'autres termes et si l'on admet qu'il faille parfois se soustraire dans une certaine mesure à la loi du secret professionnel, devons-nous user de cette latitude au bénéfice de personnes autres que celles mêmes qui sont confiées à nos soins? Si l'on partage cette manière de voir, le secret médical risque fort de perdre son caractère.

Peut-être y aurait-il avantage à ne prendre en considération que le malade lui-même et réserver pour lui toute notre sollicitude, et les difficultés de la question seraient déjà plus limitées.

Puisque nous sommes sur ce terrain, nous croyons pouvoir, sans sortir de notre sujet, proposer la question suivante : Devons-nous la vérité toute entière à la femme ou au mari, lorsque l'un des deux est atteint d'aliénation mentale et confié à nos soins. Dans la grande majorité des cas sans doute, disons même presque toujours, nous n'éprouvons aucune hésitation à donner le diagnostic et le pronostic de la maladie, lorsque nous sommes interrogés par la femme ou par le mari.

Cependant il peut arriver, et le fait s'est présenté, que nos confidences soient mises à profit par celui qui les réclame au plus grand détriment du malade. Il se peut que nos déclarations permettent à celui qui administre les biens de l'aliéné de surveiller d'autres intérêts que ceux qui lui sont confiés, de prendre des déterminations que serait loin de ratifier le malade s'il revenait à la santé.

Devons-nous prendre quelque souci de cette éventualité, ou

nous faut-il admettre, par exemple, que la femme dont le mari est interné a le droit d'exiger l'intégrité de nos révélations en posant ce principe, que le secret de l'état mental de son mari nous ayant été confié par elle, nous en sommes entièrement libérés vis-à-vis d'elle?

Nous le répétons, ce sont là des exceptions, mais encore faut-il qu'elles soient prévues pour que, le cas échéant, nous ne nous laissions pas surprendre par les circonstances, car nous pouvons être averti du motif secret dissimulé dans la demande qu'on nous adresse, nous pouvons savoir qu'on n'attend qu'un mot de nous pour prendre telle mesure qui serait fort préjudiciable à notre malade; faut-il, en ce cas, exprimer toute notre pensée, ou faut-il la réserver, ne la livrer qu'en partie?

IV

Le tribunal civil de Dôle eut à juger, en 1887, une affaire qui eut un certain retentissement dans le Jura.

Voici le résumé des faits, tel qu'il est rapporté dans les *Annales Médico-Psychologiques* du mois de mars 1888 :

Le docteur R... tient à Dôle une maison de santé. Il a eu comme pensionnaire, du 31 mai au 6 juin 1887, une dame X..., qui parvint à s'évader après dix jours de traitement. Après son évasion, Mme X... fut soumise à l'examen de trois spécialistes, conformément à une ordonnance du tribunal de Dôle. Ces trois médecins déclarèrent, dans leur rapport, que Mme X... ne devait pas être réintégrée dans la maison de santé du docteur R..., son état ne présentant aucun danger pour la société. Le docteur R... fit alors paraître une brochure intitulée : *Observations sur la manie raisonnante*, dans laquelle Mme X... était suffisamment désignée pour que le parquet poursuivit d'office l'auteur pour violation du secret professionnel. C'est dans ces conditions que l'affaire est venue devant le tribunal de Dôle. M. Billot, procureur de la République, a requis une condamnation. Le tribunal, reconnais-

sant le docteur R... coupable du délit de violation du secret professionnel, l'a condamné à 200 francs d'amende et 2.000 francs de dommages-intérêts.

Voilà donc un médecin condamné pour avoir publié une observation dans laquelle la malade s'est reconnue. Certes, c'est là, entre toutes, une question qui exige une solution pratique, car la plupart des observations cliniques, lorsqu'elles sont publiées, comportent tous ces détails, que l'on reproche au docteur R... d'avoir signalées. Nous savons en effet quel est le prix de ces détails ; c'est dans leur exactitude que réside l'intérêt même de l'observation. Ces détails sont en quelque sorte toute la clinique ; toutes ces notions que nous pouvons acquérir sur les antécédents personnels et héréditaires, sur le milieu spécial dans lequel a vécu l'aliéné, sur les différentes étapes de sa vie avant son internement, sur les modifications qu'a subi chaque jour son état mental, nous permettent de reconstituer son histoire pathologique, sans laquelle nous ne pouvons établir un diagnostic.

Faut-il donc renoncer à la recherche de tous ces éléments d'étude et à leur publication, ce serait à coup sûr arrêter ou tout au moins entraver singulièrement les progrès de la psychiâtrie ?

La cour d'appel de Besançon, devant laquelle le docteur R... avait transporté sa cause, confirma la sentence des premiers juges. Donnons quelques extraits de ce jugement :

« Considérant que les conclusions de cet écrit sont : que Mme X... est dangereuse et irresponsable et qu'elle doit être internée ; que pour justifier ses conclusions, l'auteur invoque et reproduit tout à la fois les constatations qu'il a faites sur sa pensionnaire, et dans la plus grande partie de la brochure *des faits plus anciens et puisés à diverses sources ;* qu'il n'y a pas lieu de rechercher avec les parties en cause si ces faits sont ou ne sont pas certains et si le prévenu en a retiré ou non de justes conséquences ;

« Considérant, quant à ces faits, que, fussent-ils déjà connus de quelques personnes, le prévenu ne les a connus que par la confidence de la famille ou de l'homme de l'art qui avait donné les premiers soins au sujet, et quant aux autres, que les observations du médecin sur la personne de sa pensionnaire et de la maladie

dont, à tort ou à raison, il a cru reconnaître l'existence, étaient secrètes de sa nature ;

« Considérant que, de son aveu, la plaignante est le sujet dont il s'agit dans cette observation, que celle-ci y est désignée d'ailleurs par *un très grand nombre de détails et notamment par l'initiale du nom de son mari, etc.;*

« Par ces motifs, la cour confirme le jugement de première instance sur la déclaration de culpabilité, élève à 500 fr. la peine de 200 fr. d'amende prononcée par les premiers juges, maintient le chiffre de 2.000 fr. de dommages-intérêts, etc. »

Nous avons souligné, parmi les faits reprochés au docteur R... celui d'avoir rapporté les antécédents de sa malade et celui de l'avoir désignée dans son observation par un très grand nombre de détails et par l'initiale du nom de son mari.

Prenons maintenant au hasard une observation parmi celles qui ont été publiées cette année ; nous lisons : Mlle Henriette B..., institutrice avec brevet supérieur, est née au Havre le 31 octobre 1859, d'un père très original qui a mangé toute sa fortune et qui est mort assassiné. Elle a un frère imbécile, presque idiot. Elle perdit sa mère à onze ans et apprit par hasard ce malheur qu'on lui avait caché....

Plus loin une série de lettres, dont une est qualifiée d'érotique, adressées par la malade au médecin de l'établissement dans lequel elle est soignée, et qui prouvent en effet une déviation remarquable du sens moral.

Serait-il difficile à la personne qui fait le sujet de cette observation de se reconnaître au cas où elle serait remise en liberté comme il en était question d'ailleurs. Nous ne le pensons pas ; nous ajouterons même qu'il serait extrêmement aisé pour qui que ce soit de reconstituer avec ces données l'histoire de Mlle Henriette B..., ainsi que celle des autres membres de sa famille.

Et cependant l'auteur de cette observation, distingué médecin d'asile, dont le sens clinique se révèle tant à la précision qu'à l'abondance des documents qu'on rencontre dans ses écrits, n'a pas été poursuivi.

Ne s'est-il pas exposé ?

Quel est celui de nous qui n'a jamais assumé pareille responsabilité ?

Il y a lieu, encore une fois, de se demander quelle part nous devons faire aux justes revendications de ceux qui exigent la plus entière discrétion, et quelle part à la nécessité, évidente pour nous, de consigner dans nos observations tous les faits, de quelque ordre qu'ils soient, quand ils sont de nature à éclairer le diagnostic.

Il va sans dire que le nom du malade importe peu, que l'initiale de ce nom peut être changée, supprimée au besoin ; mais pouvons-nous laisser de côté l'âge, la description physique du sujet, alors que la conformation des organes semble acquérir chaque jour la plus haute importance en aliénation mentale, chez les dégénérés en particulier ; pouvons-nous omettre d'exposer toutes les circonstances antérieures à l'internement lorsqu'elles sont caractéristiques et portent déjà l'empreinte du germe morbide dont nous constatons actuellement le développement ? Non, sans doute, et pour ne parler que des antécédents héréditaires, nous n'accorderions aucune valeur à toute observation qui n'en ferait pas mention.

En d'autres termes, l'exactitude avec laquelle nous traçons le portrait physique et mental de l'aliéné peut, si la ressemblance est suffisante, inspirer à celui-ci la pensée qu'il n'a que trop souvent, d'ailleurs, d'intenter au médecin des poursuites judiciaires qu'il qualifiera de justes représailles, et tirer, en quelque sorte, vengeance de son internement. C'est du moins la conclusion qui s'impose, à n'en juger que par l'arrêt rendu à Besançon dans le procès du Dr R...

A ce propos, et en admettant qu'en aucun cas nous ne puissions publier l'observation clinique d'un malade interné dans une maison privée, il y a lieu de se demander si l'asile public ne nous confère pas ce droit.

Pour Casimir Pinel, il y a une différence sensible entre les situations respectives du médecin d'un asile public et du médecin d'un asile privé. On ne peut, d'après lui, en fait de réserve, demander au premier ce que l'on demanderait au second :

« Les personnes qui provoquent l'admission des malades dans les asiles publics ne se préoccupent pas d'ordinaire de la question de divulgation ; c'est dans les classes supérieures où l'on connaît

les préjugés relatifs à la folie, et où l'on apprécie, d'ailleurs, avec plus de sagacité les conséquences de cette affection, qu'on fait du secret un intérêt prépondérant. Aussi la discrétion et la prudence sont-elles, dans les asiles privés, bien plus strictement nécessaires que dans les asiles publics. »

Son argument nous paraît fort contestable, en ce qu'il tend à établir une certaine similitude entre classe supérieure et classe fortunée; les deux peuvent se rencontrer dans la maison de santé privée, mais aussi combien de malades n'avons-nous pas observés qui n'appartenaient qu'à la dernière ? Et d'un autre côté, dans les asiles publics, au milieu des aliénés dont l'éducation et l'instruction sont restées rudimentaires, que de pauvres gens qui, n'ayant pas le privilège de la fortune, ont reçu néanmoins une culture intellectuelle suffisante pour leur permettre d'apprécier les bienfaits du secret professionnel !

Dans certains cas même, la famille, pensant que le malade marchera plus vite et plus sûrement vers la guérison souhaitée, paie d'abord un prix de pension assez élevé, puis diminue peu à peu ce prix jusqu'au jour où l'épuisement de ses ressources ou des revers de fortune l'oblige à le supprimer entièrement.

Que devient alors le secret?

S'il faut en croire l'auteur que nous avons cité, le secret professionnel deviendrait moins étroit dès que le malade franchit la porte de la maison de santé privée pour entrer dans l'asile public.

Cette doctrine évidemment n'est pas soutenable.

Et cependant à côté du droit sacré de la famille au secret d'où peut dépendre son repos et son avenir, il y a pour le médecin le devoir de s'éclairer et d'éclairer les autres ; or, il n'est point d'autre moyen pour réaliser cet enseignement confraternel que la publication des observations cliniques.

Résumons: D'une part, un arrêt dont les termes nous invitent à nous mettre en garde contre une description trop minutieuse de la personne confiée à nos soins; d'autre part, nécessité de cette description pour constituer les archives cliniques qui sont la base même de nos études ; quelle est donc la méthode que nous devons suivre dans la rédaction de nos observations médicales pour sauvegarder les intérêts moraux du malade et l'intérêt scientifique

qui s'attache à la recherche des documents les plus complets? Tel est le sens de cette question que nous avons jugée digne d'attirer l'attention des médecins aliénistes et que nous soumettons à leur examen.

V

Nous venons d'indiquer quelques conditions délicates de la situation du médecin d'asile à l'égard du secret professionnel. Il en est d'autres qui, pour être moins fréquentes, n'en sont pas moins intéressantes.

Depuis quelques années l'opinion publique se passionne volontiers pour tout ce qui touche à l'aliénation mentale; en cette matière comme en médecine générale, l'incompétence n'exclue pas une certaine tendance à poser des principes, à discuter bien des faits dont l'appréciation ne relève que du spécialiste.

Aussi nous faut-il compter avec une certaine presse, incessamment à l'affût des séquestrations arbitraires! et d'autre part, iorsque nous traitons un personnage connu dont la raison a sombré, nous prémunir contre les tentatives d'une catégorie de reporters qui ne cherchent en pareil cas, que l'aliment indispensable à entretenir la curiosité des lecteurs.

« Le secret médical, dit M. Brouardel, est d'intérêt social. Dans la pratique, cet intérêt d'ordre supérieur peut se trouver en contradiction avec les intérêts particuliers, ceux du médecin ou ceux du malade. » Ici ce sont les intérêts du médecin qui sont en jeu. Lorsqu'il consent à parler c'est moins pour donner un renseignement auquel n'a pas droit celui qui le réclame, que pour se justifier des imputations calomnieuses proférées contre lui, ou seulement prévenir les soupçons dont il se croit menacé.

Le fait s'est présenté souvent durant ces dernières années.

Récemment encore, nous lisions dans un journal très répandu, la déclaration suivante d'un médecin concernant un pensionnaire de sa maison de santé: « M. X... (*Ici le nom en toutes lettres*) est un

mélancolique, la chose ne fait pas de doute, sa tentative de suicide le démontre d'une façon irréfutable. Lorsque notre malade est arrivé ici, il était dans un état de prostration complète auquel ont succédé de violentes crises, au cours desquelles il est devenu tout d'un coup furieux. Il s'efforçait de briser tout ce qui se trouvait autour de lui. Les accès de ce genre sont chez lui si terribles que des ordres sont donnés, pour que plusieurs domestiques de la maison soient constamment attachés à sa personne; ils ne doivent pas le perdre de vue un seul instant. A mon avis, sa folie date au moins de deux ans; le mal a germé lentement et maintenant il se montre dans son affreuse réalité..., etc... »

On essaierait en vain de se le dissimuler, le secret médical est compromis par la publication d'un diagnostic aussi détaillé et nous n'en voyons nullement la nécessité.

Dans un langage plus réservé, le médecin en chef du même établissement, interrogé par un journaliste, s'exprimait en ces termes : « C'est un accès de mélancolie, pas autre chose. Mais l'accès est violent, très violent et particulièrement grave. Quant à la cause, il ne m'est pas permis de vous renseigner. Le secret des malades ne m'appartient pas; je ne saurais par discrétion professionnelle et par égard pour la famille de mon client vous dire autre chose que ce que je vous ai dit. »

Même avec ces restrictions et si nous nous en rapportons aux termes de la loi, le fait de révéler le nom de la maladie suffirait à constituer un délit.

On objectera qu'il était impossible de garder le silence alors que la famille, les amis du malade n'avaient pas jugé utile d'observer la même discrétion, alors que l'internement ne faisait de doute pour personne. Mais devons-nous entrer dans ces considérations ?

Si, quand il s'agit du mariage d'un aliéné par exemple, nous estimons que l'article 378 est d'une application difficile, et qu'il convient de faire la part de l'honnêteté professionnelle ; si la conscience, la probité nous engagent à prévenir dans une certaine mesure les conséquences fatales d'une union projetée entre personnes qui sont ou ont été atteintes de folie, surtout lorsque nous sommes consultés directement à ce sujet ; par contre, il semble que le secret absolu, systématique, devient possible dans les cir-

constances qui nous occupent. La question est obscure, imparfaitement délimitée et demande à être examinée avec soin ; aussi pensons-nous qu'un débat public ne saurait manquer d'apporter quelque lumière.

L'exemple que nous avons rapporté n'offre en lui-même rien de particulier, et nous avons tous présent à l'esprit le souvenir de bien d'autres faits semblables qu'il serait trop long d'énumérer et dans lesquels le courant de l opinion s'est manifesté tantôt pour le médecin, tantôt pour le malade ; tandis que les articles de journaux se succédaient de jour en jour, analysant, discutant, argumentant les certificats médicaux, et donnant ainsi le triste spectacle d'une polémique non seulement inutile, mais encore préjudiciable aux malades.

« Le médecin d'asile, dit Casimir Pinel, ne doit pas divulguer à des étrangers, qui l'ignorent, le séjour du malade dans son établissement. Si la présence de l'aliéné dans l'asile est connue, le médecin est tenu de faire comprendre qu'il n'a point à s'expliquer sous ce rapport. Il ne doit fournir, en aucun cas, ni détails, ni renseignements sur la méthode de traitement, les soins particuliers et les médicaments qu'il a prescrits. »

Combien de fois a-t-on négligé de mettre en pratique ces sages préceptes ?

Souvent il arrive que le médecin n'a pas confié directement à la presse les renseignements dont la publication nous émeut, et ceci nous conduit à un autre ordre d'idées. Nous voulons parler des rapports médico-légaux qui sont portés à la connaissance du public.

Contentons-nous de poser la question : Un rapport est demandé, par l'administration dont il relève, au médecin d'un asile. Ce rapport, qu'il croit à juste titre confidentiel, renferme sur l'état physique et mental de l'aliéné les détails les plus circonstanciés. Quel ne sera pas son étonnement lorsque peu de temps après il verra ce document reproduit textuellement par les journaux. Ceci n'est point une supposition gratuite et le cas s'est présenté assez souvent pour que nous n'ayons pas besoin d'insister. Nous demandons encore à ce propos ce que devient le secret médical ? Par qui est-il viole ? Dans l'hypothèse où un intermédiaire peu scrupuleux entre le médecin et l'administration aurait communiqué un certi-

ficat médical qu'il détenait provisoirement, n'y aurait-il pas lieu de l'en rendre responsable ?

En résumé, nous croyons être l'interprète d'un sentiment général en formant le vœu de posséder à ce sujet des notions positives, afin d'obtenir au moins ce résultat qu'un rapport médical demandé par l'autorité administrative ou judiciaire ne puisse tomber en des mains étrangères.

Remarquons en outre que ceux-là même dont l'ardeur n'a pas d'égale, quand il s'agit de pénétrer auprès du médecin afin de recueillir les matériaux d'une chronique sur une affaire à sensation, ceux-là nous accusent bien facilement de trahir la discrétion professionnelle.

Quand il fut question, il y a quelques années, d'ouvrir de nouveaux cours de clinique mentale dans certains asiles d'aliénés, on cria au scandale. Un grand journal du matin ne pouvait contenir son indignation ; bientôt les organes politiques de moindre importance imitèrent son exemple. Sur tous les points les médecins furent mis en cause. On incrimina le nombre et la qualité de leurs auditeurs, la présentation ou plutôt l'exhibition des fous, la divulgation du secret médical.

Et cependant le scandale était bien plutôt dans la presse politique, dans la presse littéraire qui transportaient d'un auditoire spécial d'élèves, dans le public des journaux, des observations, des réflexions, des faits, des questions, des réponses qui n'avaient d'autre but que d'initier aux signes et à tous les désordres caractéristiques des maladies mentales, un public de médecins.

De ce qui précède, nous devons déduire qu'il serait urgent de fixer les limites dans lesquelles nous pouvons donner satisfaction à la curiosité des représentants de la presse, tout en respectant la doctrine du secret médical.

VI

Il est bien d'autres circonstances dans lesquelles le médecin aliéniste peut hésiter sur l'interprétation de l'article 378, et dont la complexité mérite un examen approfondi. Il est aisé à chacun de les prévoir et de les signaler.

Nous n'avons eu d'autre but dans ce court aperçu sur la question du secret professionnel en médecine mentale que de mettre en lumière les difficultés spéciales que nous pouvons éprouver souvent dans la pratique de notre art, nous avons recherché parmi les travaux antérieurs ceux qui nous intéressaient directement ; nous avons utilisé les documents juridiques relatifs à ce sujet ; et nous avons borné notre étude à quelques points principaux, ceux-là même dont la solution nous paraît devoir être impatiemment attendue par le public médical des asiles d'aliénés.

Etude bien incomplète sans doute ; mais, outre qu'il ne nous appartient pas de conclure, nous ne pouvions entreprendre une tâche qui, plus considérable, eut excédé les limites de notre programme, ni nous livrer à une discussion que seules la pratique déjà ancienne des maladies mentales et l'expérience acquise peuvent rendre profitable.

C'est pourquoi nous ne saurions mieux faire en terminant ces lignes, que de solliciter la bienveillante attention de Messieurs les Membres du Congrès à l'égard du souci que nous avons de concilier, avec l'obligation légale du secret, l'obligation morale de faire le bien ; heureux si nous pouvions au milieu des opinions émises voir se dégager la ligne de conduite, que tous nous voulons suivre, entre ce que commande le devoir et ce que réclame l'humanité.

TROISIÈME QUESTION

LES COLONIES D'ALIÉNÉS

Par le Dr RIU

Médecin en chef du quartier des Aliénés d'Orléans (Loiret)

Le Congrès international de médecine mentale tenu à Paris en 1889 émit le vœu qu'il fut établi des colonies agricoles dans tous les pays quand cela serait possible. Le Congrès estimait que les colonies devraient être à proximité et non distinctes des asiles d'aliénés.

Ce vœu avait été émis après le remarquable rapport de notre regretté collègue, le Dr Baume, et la communication intéressante de notre collègue le Dr H. Taguet. Il répondait à la préoccupation bien légitime d'indiquer un remède à « l'accumulation « dans les asiles publics de sujets incurables, de déments inoffen- « sifs, d'idiots, d'imbéciles, d'où résulte l'encombrement considéré « comme la plus grande plaie du service des aliénés. »

Ce remède c'était la création de colonies agricoles ayant pour double objectif de remédier à l'encombrement des asiles dans *le présent et dans l'avenir* et de créer des ressources pour l'assistance publique.

Du travail du Dr Baume, je vous demande la permission de vous rappeler les principales propositions telles qu'il les avait formulées lui-même.

Première proposition. — Les asiles sont destinés à recevoir en traitement ou en observation les aliénés curables et les aliénés ou idiots dangereux. La durée de la période de traitement ou d'observation est laissée à l'appréciation du médecin en chef.

Dans un délai de cinq ans, à partir de la promulgation de la loi, les départements devront créer, sous le nom de colonies agricoles, des annexes distinctes, quoique dépendantes et aussi rapprochées que possible des asiles publics, pour y déverser les aliénés ou idiots valides, paisibles et ayant achevé à l'asile leur période de traitement ou d'observation.

Ces colonies agricoles, qui relèveront de l'administration de l'asile, seront placés sous les soins immédiats d'un médecin adjoint, d'un agent comptable, d'un chef de culture et de préposés en nombre suffisant.

Deuxième proposition. — Le travail des aliénés sera développé sur la plus large échelle dans un triple but d'hygiène et de traitement, d'ordre et d'economie, d'assistance et de patronage.

Le montant de la vente et le montant de l'évaluation des produits du travail réservé à la consommation de la population de l'asile ou de la colonie seront attribués comme suit: un dixième aux pécules des aliénés travailleurs, un dixième au fonds de réserve à créer pour l'œuvre du patronage, et les huit autres dixièmes au profit de l'asile pour amortir les frais de fondation de la colonie et diminuer ensuite les charges de l'assistance.

Il sera créé dans chaque département, avec membres correspondants dans toutes les communes, une société de patronage, chargée de suivre et au besoin d'assister à domicile les aliénés indigents en faisant appel aux subventions publiques et aux ressources de la charité privée. Les aliénés indigents sortant des asiles seront assistés à l'aide de leurs pécules et du fonds de réserve ci-dessus mentionné.

Il semble qu'après les discussions sur cette question aux Congrès internationaux de 1878 et de 1890 après la mise en pratique de la colonie agricole dans un très-grand nombre d'asiles, il n'y ait plus lieu de revenir sur cette question qui paraît chose jugée.

Si je n'avais été limité par les moyens dont je disposais et par

les limites naturelles de ce rapport j'aurais fait un appel à tous ceux de nos collègues qui dirigent des asiles ayant des colonies agricoles comme annexes pour leur demander les résultats pratiques obtenus. C'est une enquête que je prévois féconde en enseignements pratiques; parce qu'elle seule peut nous révéler dans quelle mesure on peut compter sur les malades pour augmenter les ressources d'économie administrative.

A défaut de renseignements récents, je rappellerai ceux confirmés par une longue expérience et qui nous sont fournis par la Colonie de Fitz-James qui, fondée en 1860, dit M. G. Labitte, pour une population de 1.200 aliénés, suffisait en grande partie aux besoins de l'asile, et, son personnel de travailleurs y trouvait facilement tous les éléments d'occupation. Plus tard, en 1865, l'asile renfermait 1.500 malades, la nouvelle annexe agricole de Villers porte à 500 hectares l'exploitation agricole de l'asile.

Là, 450 malades sur 1.500 sont utilisés à la Colonie : 300 hommes et 150 femmes.

D'autre part, M. Labaume nous dit : « En gardant à l'asile 10 à 15 pour 100 des travailleurs choisis parmi les aliénés curables pour les occuper aux travaux intérieurs, aux ateliers de couture, de menuiserie, aux détails de la petite culture, etc., il resterait encore 35 à 40 0/0 de la population de l'asile dont les bras pourraient être utilisés, c'est-à-dire qu'un asile de 500 aliénés pourrait en déverser près de 200 à la Colonie.

Et, si nous revenons à une époque déjà éloignée, nous trouvons en 1863 l'asile Médico-Agricole de Leyme (Lot), cultivant 160 hectares avec une population totale de 450 malades où les femmes étaient plus nombreuses que les hommes. Il est vrai d'ajouter que les départements qui alimentent l'asile de Leyme, sont agricoles, — les aliénés qui y sont admis, retrouvant à l'asile leurs habitudes antérieures, continuent spontanément le travail accoutumé.

Si nous voulons avoir une idée des résultats matériels qu'on peut obtenir, nous apprenons de M. G. Labitte que la production des fermes suffit presque complètement aux objets de consommation ; et « sauf les produits qui ne peuvent provenir de la culture « habituelle de la contrée, tout se tire de l'exploitation agricole et « maraîchère des terres et jardins de l'asile. »

Donnons ici un aperçu des produits, nous ne saurions mieux

faire que de reproduire les termes mêmes du rapport de M. G. Labitte :

« La superficie de la Colonie de Fitz-James est de 240 hectares, dont 40 en prairies et 5 en jardins potagers ; celle de Villiers est de 260 hectares, dont 30 en prairies et 2 en jardins.

« Les deux fermes avec leurs jardins et ceux de Clermont, ont produit l'année dernière (1877), 3.000 quintaux de blé ;

« 4.000 quintaux de pommes de terre ;

« 600 hectolitres de cidre ;

« Tous les légumes nécessaires aux divers régimes des pensionnaires et des indigents.

« En bestiaux, pour le service de la boucherie de table :

« 500 moutons ;

« 200 porcs ;

« 600 volailles.

« Le nombre de bœufs de boucherie nécessaire à la consommation est trop considérable pour provenir de l'élevage des prairies ; mais par les prévisions de nouveaux assolements de pâtures, nous espérons y pourvoir au moins pour le tiers de ce service.

« Le matériel agricole et les bestiaux nécessaires à cette exploitation de 500 hectares se compose de :

« Pour le matériel :

« Trois machines à vapeur faisant marcher deux batteuses et les appareils pour l'alimentation du bétail, deux moulins à farine ;

« 60 charrues, herses et autres instruments aratoires ;

« 2 faucheuses et moissonneuses ;

« 30 voitures de culture de tous genres.

« Pour les bestiaux :

« 40 chevaux ;

« 30 bœufs de labour ;

« 1.400 moutons ;

« 60 vaches laitières ;

« 200 porcs ;

« 80 bœufs et génisses à l'engrais ou en élevage ;

« 1.000 volailles de toutes espèces.

« Le personnel affecté à cette exploitation et à la direction des

malades dans leurs travaux est de vingt-cinq employés pour chacune des fermes.

« A Fitz-James et à Villers, les ateliers nécessaires à l'exploitation agricole, tels que maréchalerie, charronnage, etc., et à l'entretien du personnel, sont tenus par des aliénés, qui ayant déjà passé dans les ateliers de Clermont, donnent toutes les garanties de sécurité dans le maniement des instruments qu'on leur confie. Jamais nous n'avons eu à constater d'accident arrivé par la volonté d'un malade.

« Telle est aujourd'hui l'organisation des colonies de l'asile de Clermont.

« Depuis la création de ces établissements les résultats pratiques obtenus n'ont jamais cessé de réaliser les espérances de succès que l'on attendait ; aussi est-il à souhaiter que chaque asile important entre dans cette voie de progrès ouverte à toutes les tentatives qui ont pour but l'amélioration du sort des aliénés. »

Dans le compte-moral de l'asile de Quimper pour l'exercice 1882. — M. Baume trouvait « qu'une exploitation agricole de 60 hectares a produit en denrées utilisables pour la consommation de l'asile, ou vendues comme excédent des besoins, une somme de 36,000 francs, soit une moyenne de 600 francs — brut par hectare.

Messieurs, vous avez déjà apprécié ces résultats, les uns en adoptant le vœu que je rappelais au début de ce rapport, les autres en l'appliquant dans les asiles que vous dirigez. Il est en effet, bien peu d'asiles qui n'aient leur annexe agricole, mais tous vous avez reconnu que le maximum des avantages devait échoir à ceux qui pourraient réunir l'asile et la colonie ; à ceux dont les annexes ne seraient pas distincts de l'asile.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici tout ce qui a été dit au sujet des colonies agricoles, nous n'en voulons retenir que ces faits : sur lesquels je crois, tout le monde est du même avis : c'est que 1° les malades trouvent grand avantage au système de la liberté et du travail en plein air ; 2° on peut contribuer au bien-être et au traitement des malades en leur donnant toute la liberté compatible avec leur propre sécurité et avec celle de la société.

Déjà, en 1860, M. Jules Falret, dans son rapport sur la colonie de Gheel, indiquait admirablement la voie à suivre, je vous demande la permission de vous citer ses propres paroles :

« Faire disparaître peu à peu dans les localités, les bâtiments et « les règlements des asiles, tout ce qui rappelle la prison, ou même « l'hôpital pour les rapprocher de plus en plus des habitations « ordinaires et de la vie de l'homme en général ; ne conserver, « comme mesure spéciale, que ce qui paraît absolument indispen- « sable; donner aux aliénés par tous les moyens, l'illusion de la « liberté, quand on ne peut leur en accorder la réalité; leur éviter « dans l'intérieur de l'établissement, le contact des aliénés plus « troublés qu'eux, en établissant parmi ces malades un classe- « ment méthodique, les laisser le plus rarement possible isolés dans « leurs chambres, ou dans les cellules, les faire vivre de la vie com- « mune dans des salles de réunion et manger à la même table ; « leur fournir, au dedans ou au dehors de l'asile, des occupations « et des distractions de tous genres et surtout de l'exercice en plein « air, les occuper physiquement et principalement à des tra- « vaux agricoles ; diminuer de plus en plus le nombre des « moyens de restriction mécaniques et arriver même à les suppri- « mer presque complètement ; calmer la surexcitation nerveuse « de certains aliénés, en la laissant s'exhaler au dehors par la « liberté des mouvements, au lieu de chercher à la comprimer par « des moyens de répression inutiles, qui ne font qu'en augmenter « l'intensité et alimenter l'agitation par elle-même ; tâcher enfin « d'utiliser les forces exubérantes de quelques aliénés, au lieu de « les laisser s'épuiser en pure perte dans des mouvements désor- « donnés : tels sont les principes qui forment la base des asiles « modernes dans tous les pays. »

Comme M. J. Falret nous pensons que la condition des aliénés à Gheel ne peut être reproduite de toutes pièces dans d'autres contrées : elle est le produit des siècles, le résultat d'une longue tradition perpétuée de générations en générations.

Le système qui consiste à créer des fermes agricoles dans le voisinage des asiles, a donné jusqu'à ce jour des résultats considérables et nous estimons qu'il y a lieu de réaliser la création de ces fermes toutes les fois que ce sera possible.

S'il s'agissait de créer de nouveaux asiles, nous estimons que les mêmes principes peuvent être adoptés en plaçant l'asile au centre des terres destinées à constituer les colonies agricoles. — L'expression d'asile Médico-Agricole dont on s'est servi à propos de l'asile de Leyme, me paraît définir heureusement le système qu'il convient de préconiser.

Nous avons vu par les rapports de M. G. Labitte et de M. Baume, que le travail des aliénés appliqué à l'agriculture permet de réaliser des ressources pouvant augmenter le bien-être des aliénés et diminuer les charges des administrations départementales, dont les dépenses s'accroissent tous les jours. Certains administrateurs ont même démontré qu'on pourrait arriver à exonérer en partie les départements des dépenses qu'ils sont obligés de faire pour les aliénés par le seul produit du travail de ces malades.

M. Jules Falret, à qui nous empruntons beaucoup, parce qu'il a émis sur ces questions des idées qui n'ont pas cessé d'être justes, disait dans un discours à la Société médico-pyschologique, le 12 décembre 1864 :

« Selon nous, le produit du travail des aliénés, maintenu « dans les limites raisonnables d'un travail facultatif et volontaire, « appliqué seulement aux malades qui peuvent en profiter, ou y « trouver un avantage quelconque, est une source féconde de « bénéfices qui peut alléger considérablement le poids des charges « départementales et contribuer ainsi à étendre les bienfaits de « l'assistance publique à un plus grand nombre de malades ; mais « dans aucun cas, même dans les circonstances les plus favora- « bles, on ne doit espérer supprimer complètement, par ce moyen, « l'allocation annuelle fournie par les départements pour l'entre- « tien des aliénés. — Autant le principe de l'exonération partielle « de la subvention départementale par le travail des aliénés est « féconde en bons résultats et peut être encouragé sans dangers, « autant au contraire celui de l'exonération totale serait fertile en « conséquences funestes, en illusions dangereuses et pourrait « pousser à l'exploitation des aliénés. »

Cette opinion de M. Falret était appuyée d'un passage emprunté à Parchappe, que je cite textuellement :

« Je ne crois pas qu'il soit contraire aux principes de l'humanité et de la morale de chercher à faire tourner le travail des aliénés au profit des établissements qui leur offrent un refuge et à la décharge des dépenses considérables qui sont consacrées par la bienfaisance publique à réaliser pour ces infortunés toute la somme possible de bien-être et de bonheur.

« Je pense même qu'après avoir généralement réussi à organiser le travail dans l'intérêt des malades, le perfectionnement vers lequel il faut tendre aujourd'hui, c'est d'organiser le travail dans le double intérêt des malades et des établissements, c'est de concilier la nécessité de conserver au travail son caractère essentiel de moyen hygiénique avec la convenance de lui imprimer une direction lucrative. »

Nous croyons faire œuvre utile en abrégeant le plus possible ce rapport de crainte de redire avec beaucoup moins de compétence et d'autorité ce qui a été dit sur ces questions.

Le Congrès ferait, croyons-nous, œuvre utile en cherchant un enseignement dans les résultats pratiques obtenus jusqu'à ce jour.

Aussi nous espérons qu'il voudra bien charger les membres de la Commission exécutive du prochain Congrès de réunir tous les documents entre les mains d'un rapporteur spécial qui voudra bien les analyser et en donner les résultats matériels et moraux au prochain Congrès.

Nous espérons aussi que le Congrès voudra bien renouveler le vœu en faveur :

1° De l'établissement des colonies agricoles annexes aux asiles toutes les fois que ce sera possible ;

2° De l'adoption du système *d'asiles médico-agricoles* composés d'un asile au centre et de fermes agricoles à la périphérie, partout où les circonstances le permettront, lorsqu'il y aura lieu de créer un nouvel asile.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

Séance d'ouverture le Lundi 1er Août 1892

SOMMAIRE : Ouverture du Congrès par M. le Préfet de Loir-et-Cher. — Constitution du bureau. — Compte-rendu financier du 2e Congrès de Médecine mentale, par M. Chaumier, de Lyon. — Ouverture de la discussion sur le Délire des Négations. — Présentation du rapport de M. Camuset par M. Doutrebente. — Observations de M. Régis. — Mémoire sur le Délire des négations par M. Séglas. — Discussion : MM. Falret, Pichenot, Carrie, Charpentier, Vallon, Doutrebente, Garnier, Ballet, Rouby, Régis.

Le Congrès se réunit à deux heures, à l'Hôtel-de-Ville de Blois, dans la salle des séances du Conseil municipal.

M. Sainsère, préfet, assisté de M. le Dr Dufay, sénateur, de M. Guéritte, maire de Blois, et de M. Bouchereau, président du Congrès de Lyon, ouvre la séance ; il remercie les médecins aliénistes d'être venus prendre part au Congrès de Blois, et ajoute qu'il est heureux, avec le concours de la Municipalité, de leur faire les honneurs de la nouvelle salle du Conseil, admirablement organisée à cet effet.

M. Bouchereau, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, président du Comité d'organisation, remercie M. le Préfet et invite le Congrès à commencer de suite ses travaux.

M. Albert CARRIER (de Lyon), au nom de M. le D[r] Chaumier, lit un rapport sur le compte-rendu financier du Congrès de Lyon.

« Messieurs,

« J'ai l'honneur de vous présenter les comptes du Congrès de Médecine mentale tenu à Lyon en 1891.

« Le nombre des membres adhérents étant de 112, les cotisations fixées à 20 francs ont produit	2.240 fr.	»
« Le Conseil général du Rhône nous a alloué une subvention de	500	»
« Les comptes du Congrès de Rouen se sont soldés par un excédent de recettes de	58	40
versés au trésorier du 2e Congrès de Médecine mentale.		
« Enfin, 34 membres du Congrès, moyennant une souscription de 10 francs, ont contribué aux frais de l'excursion de la Teffe, soit	340	»
« Les recettes s'élèvent donc à	3.138	40

« Les dépenses se répartissent ainsi :

« Frais d'envoi de circulaires et de recouvrements	34 fr.	70
« Frais de bureau, impression de circulaires, d'ordres du jour, de bulletins de vote, de cartes de souscripteurs	101	65
« Location de la salle des séances et gratifications	104	»
« Voitures	80	»
« Excursion de la Teffe	645	»
« Impression des rapports et envoi	155	50
« Impression des comptes-rendus	1.977	»
« Frais d'envoi des comptes-rendus	40	55
Total	3.138	40

« Les recettes et les dépenses se balancent donc exactement.

« En outre, le produit de la vente des 200 exemplaires des rapports du Congrès de Rouen et de 100 exemplaires des comptes-rendus du 2e Congrès de Médecine mentale, déposés chez l'éditeur Masson, pour être mis en librairie, appartient aux Congrès suivants.

« Tel est, Messieurs, le compte-rendu financier du Congrès de Lyon.

« Je vous prie de vouloir bien faire procéder à la vérification des pièces justificatives ci-jointes, afin de pouvoir vous prononcer ensuite sur l'approbation du compte. »

Le Congrès adopte le compte tel qu'il est présenté par M. le Dr Chaumier.

M. THÉOPHILE ROUSSEL est désigné par acclamation pour diriger les travaux du Congrès. Il remercie ses collègues du grand honneur qui lui est fait et exprime le vœu de voir enfin aboutir à la Chambre des députés la nouvelle loi sur les Aliénés ; il avoue cependant, qu'en qualité de parlementaire déjà ancien, il a moins de confiance que le rapporteur actuel, M. le Dr Lafont.

Sont élus aussi par acclamation :

Vice-Présidents : MM. Parant (Toulouse), Carrier (Lyon), Giraud (Rouen), Samuel Garnier (Dijon) ; Secrétaire général, M. Doutrebente (Blois); Secrétaires des séances : MM. Thivet (Blois), Marie (Evreux); Présidents d'honneur: MM. le Préfet de Loir-et-Cher, le Maire de Blois, Calmeil, Delasiauve, Monod, Brouardel, Ball, Falret, Bouchereau, Dufay (sénateur).

La première question à l'ordre du jour est celle du DÉLIRE DES NÉGATIONS. M. Camuset, rapporteur, retenu à Bonneval par une épidémie cholériforme, n'assiste pas à la séance. — Son rapport, analysé par M. DOUTREBENTE, se termine par les conclusions suivantes :

1° D'une façon générale, et quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont négateurs. Il n'en est pas de même des persécutés ;

2° Les idées délirantes de négation isolées, ou plus ou moins systématisées, se manifestent souvent dans le cours de la mélancolie avec anxiété et gémissements;

3° Dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe parfois cette association d'idées de négation, de damnation ou de possession et d'immortalité, si bien étudiée par Cotard, mais il ne semble pas que ces cas aient des caractères assez spécifiques toujours pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle;

4° Dans les états mélancoliques, les idées de négation indiquent un trouble plus profond que celui accusé par les idées de ruine, d'impuissance et de culpabilité ordinaires; mais quand ces idées de négation se manifestent, il ne semble pas que le pronostic de l'affection en soit beaucoup aggravé. — Le pronostic dépend, avant tout, de l'espèce nosologique sur laquelle se sont entées les idées délirantes spéciales. C'est ainsi que les vésanies de forme intermittente avec idées de négation ne guérissent pas, alors que certains accès de mélancolie avec angoisse, culpabilité imaginaire, idées de damnation, de possession, de négation, d'immortalité et de suicide, survenus à l'époque de la ménopause, parfois à l'époque moyenne de la vie, et sous l'influence d'une cause vulgaire, sont assez souvent curables;

5° Il est à remarquer que la grande majorité des observations recueillies jusqu'à présent, ont trait à des femmes; la mélancolie est du reste plus fréquente chez la femme que chez l'homme;

6° Il est aussi à remarquer que, dans presque toutes les observations que nous avons pu réunir, quand les antécédents de famille des malades sont connus, la tare héréditaire de ceux-ci est lourde;

7° Dans les folies séniles de forme dépressive, on note assez souvent des idées de négation isolées ou systématiques;

8° Les sujets prédisposés à devenir négateurs sont naturellement timides, sombres, taciturnes, quelquefois ils présentent des symptômes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle. Cette proposition, ajoutée aux deux propositions qui précèdent, semble indiquer que le délire des négations est l'apanage des cerveaux invalides;

9° On observe les idées de négation dans les états mélanco-

liques anxieux. Ils se combinent souvent alors à des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tableau clinique particulier; mais bien souvent cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement, les malades ne se croient ni possédés ni immortels.

On les observe aussi dans la paralysie générale. Nous ne les avons jamais vus, dans cette affection, s'accompagner d'idées d'immortalité ni de possession.

On les rencontre enfin dans certains délires hypocondriaques sans anxiété ni angoisse des débiles intellectuels.

Nous avons déjà signalé leur manifestation dans la folie sénile et démentielle;

10° Le délire hypocondriaque de la paralysie générale, quand il se prolonge, imprime une rapidité plus grande à la marche de cette affection.

M. le Président demande que l'on consigne au procès-verbal de la séance l'expression des regrets unanimes qu'inspire au Congrès l'absence de M. Camuset. — Adopté.

La discussion s'engage sur les conclusions du rapporteur.

M. Régis. — L'histoire du délire des négations tient tout entière dans quatre travaux de Cotard, corroborés par M. Séglas. De l'ensemble de ces travaux se dégagent très nettement certaines données qui peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

1° Il existe un état psychopathique essentiellement caractérisé par de l'anxiété mélancolique; de l'analgésie; de la propension au suicide et aux mutilations volontaires; des idées hypocondriaques de non-existence et de destruction d'organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu; des idées de damnation et de possession; des idées de ne pouvoir jamais mourir; état de chronicité spécial à certaines formes graves de mélancolie anxieuse, intermittente ou par accès. Cet état psychopathique, appelé par Cotard *délire des négations*, du nom d'un de ses éléments principaux, n'a pas été considéré par lui comme une entité morbide, mais suivant son expression, « comme un état psychique propre aux anxieux chroniques. »

2° En dehors de ces variétés de mélancolie anxieuse grave où

il se présente sous une forme simple, concrète et pour ainsi dire typique, le délire des négations peut, comme l'a fait remarquer Cotard, s'observer encore dans d'autres maladies mentales, notamment dans la paralysie générale, l'hystérie et certaines aliénations complexes, tenant à la fois du délire de persécution et de la mélancolie. Mais, ici, il se limite le plus souvent à quelques-uns de ses phénomènes constitutifs, particulièrement aux idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction générale ou partielle de l'individu.

C'est en ces termes que peut être résumée l'œuvre de Cotard. Il ne semble pas, dans ces conditions, que cette œuvre ait subi une atteinte sérieuse de la remarquable étude critique de M. Camuset, et tout ce qu'on pourrait dire, en se basant sur l'ensemble des documents rassemblés dans son rapport, c'est que l'idée hypocondriaque de négation comme toutes les idées délirantes, quelles qu'elles soient, se rencontre plus ou moins fréquemment à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies mentales diverses, tandis que sous sa forme typique, c'est-à-dire jointe aux autres éléments du syndrôme et compliquant la mélancolie anxieuse chronique, elle paraît beaucoup plus rare.

Rare ou non, et elle l'est peut-être moins qu'il ne nous paraît, la mélancolie anxieuse chronique avec délire des négations n'en existe pas moins d'une façon certaine. Les observations de Cotard et celles de M. Séglas ne peuvent laisser aucun doute à cet égard, et d'autres viendront certainement les confirmer. En voici une absolument typique.

M. Régis communique ici une observation de mélancolie anxieuse intermittente, avec délire des négations, qui réalise de la façon la plus complète la description donnée par Cotard.

On y retrouve, en effet, tous les symptômes indiqués par lui comme appartenant à cet état psychopathique :

1° Anxiété mélancolique ; 2° Idées de damnation et de possession (la malade croit qu'elle est le diable ou quelque chose du diable) ; 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ; 4° Analgésie ; 5° Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu (la malade dit qu'elle n'a ni yeux, ni tête, ni cheveux, ni langue, ni cœur, ni aucun organe ; elle est en pierre, en matière

inerte, une statue, espèce de chose ou de saleté); 6° Idée fixe de ne pouvoir jamais mourir (la malade croit qu'étant en pierre, en matière inerte, elle ne mourra jamais, ce qui la désole et fait son malheur).

M. J. Séglas. — Permettez-moi tout d'abord d'exprimer tous mes remerciements à notre collègue, le docteur Camuset, pour l'appréciation bienveillante qu'il a faite de quelques-unes de mes études, dans son intéressant rapport sur le sujet qui doit nous occuper aujourd'hui.

M. Camuset a examiné avec attention les documents bibliographiques et cliniques qu'il a pu réunir. Tout en me réservant de vous présenter quelques objections, je pense que d'une façon générale, nous ne pouvons qu'applaudir à la réserve qu'il apporte dans les conclusions de son rapport.

En effet, la question du délire des négations est toujours à l'étude à l'époque actuelle, et quelque position que l'on prenne dans le débat, on ne peut qu'incliner dans un sens ou dans l'autre, mais sans résoudre encore la question d'une façon péremptoire. Aussi est-ce une de ces occasions où nous ressentons plus vivement la mort prématurée de celui qui jeta les premières bases de ces études et qui, s'il eût vécu, grâce à ses éminentes qualités d'observateur et de philosophe, eût sans doute largement contribué à faire la lumière sur la question, en nous apportant l'appui de sa profonde expérience et de ses nouvelles recherches sur un sujet qui fût toujours l'objet de ses préoccupations.

Le principal reproche fait à Cotard par notre distingué rapporteur est qu'il s'est montré trop généralisateur et que le délire des négations n'est pas une entité ; et à côté de cas représentant l'évolution typique signalée par Cotard, M. Camuset montre qu'il en est d'autres dont le tableau clinique est différent, tout en présentant des idées de négation ou quelques autres symptômes isolés. Sans aucun doute, et je n'aurai garde pour ma part de contredire cette dernière affirmation, car je crois que le progrès consiste justement à signaler ces variations pour mieux les étudier.

Que Cotard ait eu quelque tendance à généraliser, c'est possible; cependant, ainsi que M. Camuset l'a fait remarquer, il a lui-même établi des distinctions entre les malades atteints de délire

de négation. Si on lit attentivement ses différents travaux à ce sujet, on constate une évolution remarquable dans les idées qu'il expose. Après avoir attaché une grande importance aux idées religieuses, de damnation, de possession, il semble ensuite les reléguer à un plan plus effacé, pour montrer le caractère négatif inhérent à toute espèce d'idées mélancoliques. De même, après avoir tenté une explication du délire à l'aide de la perte de certaines images sensorielles, il abandonne cette hypothèse et se rallie franchement à l'idée de l'origine psychomotrice du délire. C'est encore ainsi qu'il n'attire que plus tard l'attention sur les idées d'énormité et de grandeur. Nul doute que si Cotard eut vécu, nous l'eussions vu dans l'avenir perfectionner ses premières recherches, afin d'asseoir un jour le type définitif et les différentes variétés de ce délire qu'il n'a fait qu'esquisser.

D'ailleurs, si la conception première de Cotard semble indiquer une tendance à la généralisation, est-ce une raison de la rejeter ? Pour ma part, je ne le crois pas.

Il en est aujourd'hui du délire des négations de Cotard comme il en fut du délire des persécutions de Lasègue. Lorsque Lasègue sépara les persécutés des mélancoliques, il confondit incontestablement dans le même groupe des maladies dont l'idée de persécution était la note dominante, mais cependant distinctes au moins en tant que variétés. Il eut été regrettable pour notre science que cette confusion fit rejeter d'emblée son travail au lieu de nous pousser à l'approfondir. Ce n'est que bien lentement que des distinctions se sont faites, grâce aux travaux postérieurs de Lasègue, Morel, Foville, Falret, Magnan, etc.

Tous ces progrès qui pour s'accomplir ont demandé près de quarante années, eussent-ils été réalisés si dès le début, la confusion qui existait dans le premier mémoire de Lasègue, trop généralisateur, lui aussi, eût fait rejeter la distinction première qu'il cherchait à établir ? J'ose espérer, pour ma part, que nous ne nous montrerons pas plus sévères pour le délire des négations, et que des recherches futures nous permettront de mieux préciser les différents aspects de ce délire et de dissiper l'obscurité qui existe aujourd'hui sur certains points.

Le délire des négations n'est pas une entité, nous dit M. Camuset, et les cas de mélancolie où il se présente n'ont pas de carac-

tères assez spécifiques toujours, pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle. Sans doute, tous les cas de mélancolie où se rencontrent les idées de négation ne sont pas superposables au type parfait décrit par Cotard, et nous aurons à revenir sur ces variations. D'un autre côté, le délire des négations se présente souvent en dehors de la mélancolie. Examinons ces différents faits, en prenant le mot délire dans son acception la plus générale.

A. — Voyons d'abord les simples idées de négation.

1° Paralysie générale. — Nous n'insistons pas sur le délire des négations comme forme particulière du délire hypocondriaque, très connu aujourd'hui dans la paralysie générale.

Baillarger, à qui nous devons d'avoir attiré l'attention sur ce délire, le regardait comme spécial à la paralysie générale, et allait jusqu'à attribuer à sa constatation une grande importance comme signe précurseur de cette maladie. Cette opinion a toujours été fort discutée, et si elle eut ses partisans, elle eut aussi ses adversaires. Aujourd'hui, l'étude plus approfondie du délire des négations a donné raison à ces derniers en montrant ce que l'opinion première de Baillarger avait de trop exclusif.

Le délire des négations n'est pas par lui-même caractéristique de la paralysie générale, puisqu'on le rencontre dans d'autres formes vésaniques. Mais il peut avoir alors certains caractères susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic de l'affection : ces caractères sont ceux du délire paralytique en général.

Le plus saillant est l'*absurdité* extrême du délire qui est absolument incohérent.

Un autre est la *mobilité*, le sujet des préoccupations hypocondriaques du malade variant d'un instant à l'autre, et le moindre évènement le détournant souvent de ses idées de souffrance.

Un autre caractère peut être tiré de la *diffusion* du délire paralytique qui fait que les idées hypocondriaques, déjà mobiles, peuvent porter sur une foule d'objets, et encore s'entremêler avec des idées délirantes d'un caractère tout opposé.

Enfin ces idées, déjà absurdes par elles-mêmes, sont de plus

contradictoires, soit entre elles, soit avec les autres de couleur différente : un malade qui, par exemple, nie son existence, se disant en même temps riche et puissant.

A ces caractères principaux on peut en ajouter deux autres de moindre importance, signalés par MM. Auguste Voisin et Burlureaux : l'indifférence des malades à recourir aux soins médicaux, la soudaineté d'apparition du délire. M. Régis, dans une communication au Congrès de 1889, a insisté longuement sur ce diagnostic.

2° Délire polymorphe, primitif des faibles d'esprit, avec idées de négation. — Mais la constatation même de ces caractères est souvent insuffisante pour affirmer la nature paralytique du délire, surtout à la période de début, lorsqu'il n'y a pas encore des signes physiques caractéristiques. Car on peut rencontrer ce délire sous les mêmes apparences chez d'autres malades tels que les faibles d'esprit à délire multiple, confus, mal systématisé. Les deux observations de M. Journiac, citées par M. Camuset, rentreraient pour nous dans cette catégorie, et se distinguent totalement des cas de Cotard. En voici un autre exemple très résumé que nous avons observé à la Salpêtrière, dans le service de notre maître, M. J. Falret :

F. D. âgée de 42 ans, entrée en juin 1888, présente un délire où l'on remarque surtout des idées de grandeur, de persécution, de négation. Elle a été internée après avoir écrit au Président de la République une lettre par laquelle elle l'informait que les Anglais prenaient le plan des Tuileries. Des Juifs, des Anglais, des prêtres l'ont magnétisée : ils lui envoient des constipations, des mauvaises odeurs. Elle guérit les aveugles, se dit très riche et travaille pour vivre. Elle est parente de Marie-Antoinette, fille de Pedro II, bru du roi de Belgique, reine de France, sœur de Jeanne d'Arc, Jeanne d'Arc elle-même et la sainte Vierge. Elle n'a plus de cervelle; elle n'a plus que des ossements à la place du nez ; sa cervelle a été mangée par les poux; elle est comme un caillou vide; elle n'est plus qu'un cadavre prêt à entrer au tombeau dans six mois. Depuis plus de quatre ans, ce délire est resté à peu près le même, sans aucun signe de paralysie générale.

Aussi peut-on dire que si les caractères généraux que nous avons énumérés ci-dessus constituent une présomption de paralysie générale, on n'a en fait une certitude que si le délire des négations est précédé ou accompagné des autres signes pathognomoniques habituels de cette maladie.

3° *Sénilité.* — Les idées de négation ne sont pas rares chez les vieillards qui délirent, et elles ont été signalées chez eux par Schuele, Krœpelin, Krafft-Ebing; nous en avons nous-même rapporté des exemples, et M. Camuset nous en a cité quelques cas parmi ses observations. Il me semble que ces idées de négation du vieillard peuvent se présenter dans plusieurs circonstances.

Tantôt elles sont en rapport étroit avec la démence sénile, comme certaines idées de persécution, et justiciables de troubles de la mémoire. Le malade nie les faits dont il ne se souvient plus et de préference les faits récents.

Tantôt, au contraire, il s'agit d'idées de négation se présentant au cours d'un accès de délire en rapport avec des lésions vasculaires (ramollissement), faits dont M. Camuset rapporte plusieurs exemples, et qui sont cependant complètement distincts, de par leur nature, du délire des négations de Cotard, pour se rapprocher plutôt des précédents.

Tantôt enfin, les idées de négation font partie de la symptomatologie d'un accès vésanique, non plus en rapport avec la sénilité, mais simplement survenant très tard, d'une psychose tardive en un mot. J'ai autrefois rapporté un cas de ce genre. (1) Elles peuvent alors se systématiser plus ou moins, et le tableau clinique peut ne pas différer sensiblement de ce qu'il eût été chez un individu plus jeune.

4° On a aussi signalé la présence d'idées de négation transitoires au cours des accidents intellectuels dûs à *l'alcoolisme*.

B. — A côté de ces cas dans lesquels les idées de négation se présentent à l'état de simples épisodes délirants, il en est d'autres

(1) J. S. *Progrès médical* (Octobre 1888. N° 45).

où elles prennent une importance plus grande, en s'organisant en un véritable système délirant.

Mélancolie et délire des négations de Cotard. — Que les idées de négation soient fréquentes au cours de la mélancolie, personne ne le conteste; mais est-on autorisé à faire une catégorie à part des mélancoliques chez qui on les rencontre? Telle est la question que s'est posée notre rapporteur et qu'il tend à résoudre par la négative. En effet, si nous nous reportons aux conclusions 2, 3, 9 du rapport, les idées de négation, y est-il dit en substance, se manifestent souvent dans les états mélancoliques anxieux. Elles se combinent souvent alors avec des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tableau clinique particulier. Mais ces cas n'ont pas assez de caractères spécifiques pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle. Bien souvent, cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement; les malades ne sont ni damnés, ni possédés, ni immortels.

Un premier point qui ressort de ces conclusions mêmes, c'est que notre distingué rapporteur reconnaît lui-même qu'il existe certains faits présentant le tableau clinique particulier décrit par Cotard.

Mais s'il en est d'autres dont la symptomatologie est moins complète, s'ensuit-il qu'ils puissent infirmer les premiers? Ne sommes-nous pas habitués, dans toutes les maladies, à reconnaître des cas frustes à côté des cas types. Hésiterons-nous à porter le diagnostic de goître exophthalmique, par exemple, même en l'absence du goître, si nous trouvons de l'exophthalmie, de la tachycardie, du tremblement, etc.?

D'ailleurs c'est, il me semble, aller bien loin que de regarder les idées soit de damnation, soit de possession, soit d'immortalité, comme nécessaire, *chacune en particulier*, au diagnostic du délire des négations, et je ne crois pas que telle ait été la pensée de Cotard. Sans doute, dans son premier mémoire, il dit que *tous* les malades chez lesquels il a mentionné le délire hypocondriaque avec idées d'immortalité étaient dominés par des idées de damnation, de possession diabolique, si bien qu'il songe même à établir une variété de *folie religieuse* se développant dans la mélancolie

anxieuse grave. Mais combien sont différentes les idées qu'il émet dans son second mémoire sur le délire des négations. Ici, il ne parle plus qu'incidemment des idées de damnation, mais s'inspirant des idées de Griesinger, sur l'humeur négative du mélancolique, il s'attache avant tout à démontrer la gradation insensible, l'échelle ascendante qui de l'hypocondrie morale, première manifestation mélancolique, conduit au délire des négations systématisé en passant par *toutes* les idées délirantes mélancoliques de ruine, de perdition, de culpabilité, de damnation. Mais il ne semble pas attacher une importance spéciale à cette dernière idée; il insiste surtout sur le grand caractère mélancolique de toutes ces idées délirantes qui font du malade un *auto-accusateur*. Ajoutons que sur les huit observations personnelles de délire des négations à l'état de simplicité qu'on trouve dans le mémoire (cas typiques, nous a dit M. Camuset, puisqu'ils sont choisis par l'auteur lui-même), il n'y en a que deux où se trouvent notées les idées de damnation : je n'ai relevé non plus dans aucune la mention d'idées de possession; une malade seulement se disait ensorcelée.

Pour moi, il me semble que ce serait attacher une importance exagérée à ces idées que de les regarder comme indispensables à la constitution du délire de négation. L'idée délirante mélancolique n'est que secondaire et ne représente, ainsi qu'il est généralement admis, qu'une tentative d'explication de la part du malade de désordres psychopathiques plus profonds. Aussi doit-on attacher peu d'importance à son étiquette particulière, variable suivant l'éducation, le milieu, les circonstances antérieures de la vie du malade, pourvu qu'elle révèle les grands caractères généraux des idées mélancoliques. Sont-ils donc si différents, deux mélancoliques à idées de culpabilité s'accompagnant chez l'un de la crainte du supplice; chez l'autre, de la crainte de la damnation?

Je pourrais en dire autant de l'idée de possession, interprétation elle aussi faite par le malade de désordres intimes de la sphère psychique plus ou moins accentués suivant les malades, mais constatables néanmoins dans l'état mental de tous les mélancoliques, si bien que lorsque l'idée de possession ne se formule pas, on peut le plus souvent trouver son équivalent chez le mélancolique.

Je ne voudrais pas, Messieurs, abuser de votre complaisance en faisant ici la psychologie de l'état mental des mélancoliques et la genèse de l'idée de possession. Mais en restant sur le terrain clinique, on peut se rendre compte de l'identité qui existe en somme entre cette idée de possession et bien d'autres symptômes moins accentués et plus fréquents chez le mélancolique. L'idée de possession n'est que l'expression d'un dédoublement de la personnalité qui existe toujours plus ou moins accentuée dans la mélancolie. Sans faire intervenir ici mes propres recherches sur ce sujet, que M. Camuset a si bienveillamment appréciées dans son rapport, je me contenterai de m'appuyer sur l'autorité d'un maître en psychiâtrie. « L'explication la plus facile, dit Griesinger, de ce phénomène psychologique (la possession) se trouve dans les cas qui ne sont pas rares, où les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles, et qui a déjà pour résultat d'amener une division, une séparation fatale de la personnalité. Dans les cas très développés ou ce cercle d'idées qui accompagnent constamment la pensée actuelle en lui faisant opposition, arrive à avoir une existence tout à fait indépendante, il met en mouvement de lui-même le mécanisme de la parole; il prend un corps et se traduit par des discours qui n'appartiennent pas au moi (ordinaire) de l'individu. Ce cercle d'idées qui agit librement sur les organes de la parole ; l'individu lui-même n'en a pas conscience avant de l'exprimer, ne le perçoit pas ; ces idées viennent d'une région de l'âme qui reste dans l'obscurité pour le moi. Elles sont étrangères à l'individu ; c'est un intrus qui exerce une contrainte sur la pensée ; les gens sans éducation voient dans ce cercle d'idées un être étranger. »

Cette disposition psychologique signalée par Griesinger et qui en dernier terme se traduit par l'idée de possession ne se retrouve-t-elle pas d'ordinaire chez le mélancolique ? C'est elle qui détermine l'humeur négative de ces malades, qui provoque ces *impressions contraires*, comme disent quelques-uns, dont ils se plaignent. Dans un récent travail fait en collaboration avec M. Londe (1), nous avons rapporté l'exemple d'une mélancolique

(1) J. Séglas et P. Londe. (*Arch. Neurologie*, nos 68 et 69).

arrivée progressivement au délire des négations, suivant l'évolution signalée par Cotard. Cette malade, à mon avis, peut être rapprochée de ceux de Cotard, et cependant son délire mélancolique ne renfermait pas d'idées de damnation, mais des idées d'auto-accusation, de culpabilité, d'humilité, de ruine, l'attente de supplices. Les idées de possession n'existent pas, mais on trouve à la place des symptômes qui nous paraissent équivalents. C'est ce que la malade appelle le mélange des idées : il y a du pour et du contre dans tout, dit-elle, et parmi ses voix intérieures, l'une dit pour, l'autre dit contre. Au lieu de revêtir la formule de l'idée de possession, l'anomalie mentale chez elle, comme chez la plupart des mélancoliques, se présente, comme le dit Griesinger, sous forme de contradiction intérieure contre ses propres pensées et ses déterminations, une opposition immédiate et constante contre tout ce qu'elle vient de penser ou de faire. Entre cette simple contradiction et l'idée de possession, qu'y a-t-il autre chose, sinon une différence de degré ? mais les phénomènes psychologiques sous-jacents ne sont-ils pas équivalents ?

Il est certains symptômes qu'on ne s'attache pas assez à déterminer chez le mélancolique et qui pourraient aussi être considérés comme des équivalents de l'idée de possession. Un symptôme, par exemple, qui déterminera chez le malade l'idée qu'il est possédé, c'est qu'il parle malgré lui et dit des choses qu'il ne voudrait pas dire, en un mot, c'est l'impulsion verbale. Or, cette impulsion verbale ne diffère nullement en nature, ainsi que nous croyons l'avoir établi, de l'hallucination verbale psycho-motrice qui est très fréquente chez les mélancoliques et dont la conversation mentale tout à fait ordinaire chez eux représente le degré le moins accentué. Conversation mentale, hallucination verbale motrice, impulsion verbale, ne représentent en fait que les différents degrés d'un même processus psychopathique qui en dernier terme peut être interprété par le malade comme un fait de possession diabolique.

Ainsi donc, l'idée de damnation trouve son équivalent dans les autres idées mélancoliques, et l'absence d'une idée de possession formulée par le malade n'infirme pas l'existence du délire des négations, du moment que l'on peut constater la présence de troubles psychiques équivalents et de même nature.

Voyons maintenant ce que l'on doit penser de l'idée d'immortalité et si son absence doit contredire l'idée d'un délire des négations de Cotard. Sans aucun doute, lorsqu'elle existe, le type est complet, mais il faut bien se rendre compte que son importance est secondaire. Chez les malades où on la rencontre, elle ne fait pas taire les autres idées délirantes, en particulier les idées de négation. Elle ne fait que se surajouter à elles. On pourrait à ce point de vue l'assimiler à l'idée de grandeur du persécuté. Le mégalomane persécuté reste toujours un persécuté, et le négateur immortel est toujours un négateur. Alors que l'idée de grandeur ne nous semble pas nécessaire pour porter le diagnostic de délire des persécutions, devrons-nous attacher à l'idée d'immortalité une importance telle qu'en son absence, nous écartions l'idée d'un délire des négations. L'idée d'immortalité, le délire d'énormité représentaient pour Cotard une étape avancée de l'évolution qu'il essayait de décrire, de même que chez le persécuté chronique, l'idée de grandeur ne survient qu'au bout d'une longue période délirante, et d'ailleurs, sur les huit observations typiques de Cotard dont nous parlions plus haut, l'idée d'immortalité n'est signalée que dans trois cas.

En plus de l'absence des idées de damnation, de possession, d'immortalité, M. Camuset nous a paru très frappé de certaines particularités *d'évolution* qu'il a notées au cours des observations consignées dans le rapport et qui ne s'accordent pas avec l'évolution typique décrite par Cotard. Ce serait par exemple l'apparition du délire des négations au premier accès de mélancolie, la guérison de certains malades, deux faits (je le ferai remarquer en passant), dont la possibilité a été déjà signalée par Cotard ; enfin l'apparition pêle-mêle des idées diverses habituelles aux délirants négateurs, remplaçant l'évolution progressive du délire.

Sans aucun doute, je me garderai bien de prétendre que tous les faits que notre rapporteur a recueillis sont des faits de délire des négations typique, mais cette constatation doit-elle faire infirmer la conception de Cotard? Ne serait-il pas plus logique d'essayer d'abord de reconnaître là de simples variations dont les causes resteraient à déterminer? Mettons en parallèle les négateurs avec d'autres malades mieux connus, les persécutés.

D'une façon générale, tous les persécutés sans exception sont

déjà des orgueilleux, comme on peut dire aussi, avec Cotard et M. Camuset, que tous les mélancoliques sont négateurs, quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, et de même que bien des persécutés ne formulent pas d'idées de grandeur, de même bien des mélancoliques ne formulent pas non plus des idées de négation. Mais lorsque les persécutés arrivent à exprimer des idées de grandeur, ces idées se présentent-elles toujours suivant une évolution immuable? Nullement. Tandis que certains persécutés n'arrivent au délire des grandeurs qu'après une longue période de delire des persécutions, avec quelques différences de symptomatologie, d'ailleurs légères, il en est d'autres, et peut-être plus nombreux, qui arrivent très vite à la période des grandeurs, ou bien chez lesquels idées de grandeur et idées de persécution sont contemporaines. N'est-il pas même des cas dans lesquels l'idée de grandeur précède l'idée de persécution? Toutes ces variations nous empêchent-elles de dire d'une façon générale que nous avons affaire à un délire des persécutions? Pas du tout. Seulement, nous distinguons parmi ces délires de persécution différentes variétés, les uns suivant une évolution progressive régulière, d'autres, chroniques également, mais à évolution variable; puis des formes polymorphes, des delires d'emblée.

En face des progrès considérables que cette manière de voir nous a fait réaliser dans la connaissance des aliénés persécutés, pourquoi ne pas l'appliquer aux délirants mélancoliques négateurs, et distinguer différentes variétés, les unes à évolution progressive et régulière (type Cotard), et d'autres, chroniques ou non, à évolution variable, des variétés polymorphes dont nous devons reconnaître dès aujourd'hui l'existence, mais que seule des études postérieures permettraient de mieux déterminer sous leurs aspects différents.

Dans le groupe si compréhensif des mélancolies dont Lasègue avait déjà séparé le délire des persécutions, Cotard, à son tour, a distingué son délire des négations à titre de variété clinique, le regardant bien moins comme une entité que comme un *état de chronicité* spécial à certains mélancoliques. Ainsi qu'il en fut jadis pour le delire des persécutions, nous devons aujourd'hui garder cette synthèse comme base d'opérations analytiques destinées à distinguer les différents groupes partiels qui la consti-

tuent, et déterminer les causes de leurs variations, dont l'une peut-être réside simplement dans *l'intensité de la tare héréditaire* amenant chez les négateurs les mêmes différences que chez les persécutés.

Mais, Messieurs, le délire de négations systématisé ne se rencontre pas que dans la mélancolie et à l'état de simplicité. Cotard avait déjà signalé sa coexistence avec des idées de persécution. Lorsque ces idées sont de nature mélancolique, il n'y a en somme là rien de bien particulier; mais il peut se faire aussi que ce soient de véritables idées de persécution systématisées, ou même d'autres idées délirantes nullement mélancoliques. Dans certains cas, il ne s'agit que d'une simple coexistence d'idées délirantes sans lien entre elles, comme chez les faibles d'esprit à délire polymorphe dont nous avons parlé au début. D'autres fois, au contraire, ces différentes idées constituent par leur ensemble un délire systématisé d'aspect particulier.

Dans un travail sur la nosographie du délire systématisé (*Verrucktheit*), dans ses rapports avec la dépression mélancolique, Witkowski (1) décrit une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la *Verrucktheit*. Ce sont les gens déprimés en permanence, *certains* négateurs sceptiques, damnés, pourris, immortels. Dans la plupart des cas, c'est la Verrucktheit qui en constitue le fond, qui suscite les idées, les systématise et amène des conceptions anormales, des modifications de l'humeur absolument indépendantes de la mélancolie. La formation de ces courants d'idées, spécifiques jusqu'à un certain point, leur relation avec des symptômes d'un autre ordre, la constance et l'intensité de la dépression sont si variables qu'il ne paraît pas possible d'effectuer une séparation rigoureuse. Cependant, c'est la Verrucktheit qui constitue le fonds essentiel, comme on peut en juger d'après le squelette du délire qui est *partiel*, d'après la marche continue de la psychopathie, d'après la systématisation même, d'après l'introduction de conceptions délirantes et de troubles de l'humeur variables, qui ne relèvent pas du tout de la mélancolie.

Dans la dernière édition de son *Compendium de Psychiatrie*,

(1) Witkowski. (Allg. Zeitsch. f. Psch. Bd XLII, 6, 1886.)

Krœpelin, s'inspirant en résumé des idées de Schuele, à propos de ce qu'il appelle le délire systématisé (*Wahsinn* dans le sens de la Paranoia aigue de Schuele), consacre un chapitre à la forme dépressive. Au début, on note des idées hypocondriaques; les organes ne sont plus en ordre, le sang est arrêté, les membres desséchés, le cou contourné, l'estomac bouché, les intestins obturés. On note aussi des idées de culpabilité, de persécution (la police va demander au malade compte de sa conduite), d'indignité, la crainte de supplices. Parfois, le délire revêt un caractère de négation : le monde n'existe plus, tout est détruit, il n'y a rien qu'une apparence; tous les hommes sont morts, parcequ'il n'y a rien à manger et que le malade a tout englouti (délire d'énormité). Il ne vit plus, n'est plus qu'un automate tout petit, recroquevillé, invisible. De plus, on peut noter des idées de grandeur : on les prend pour la vierge Marie; ils peuvent faire des miracles, fabriquer de l'or, guérir les maladies. Interprétations délirantes : l'asile est une prison, le malade est dans une ville étrangère, il ne sait pas ce qu'on fera de lui. On joue la comédie avec lui, on cherche à le tromper. Ses parents, à qui il a causé des malheurs épouvantables, ont été forcés de le placer. Les objets environnants, d'ailleurs nettement perçus, sont la propriété du malade, ou bien on les a placés là dans un but mysterieux. On note dans ces cas des illusions, des hallucinations, des réactions émotionnelles.

Cette forme délirante serait très rapprochée des états mélancoliques, dont elle diffère cependant par le développement en quelque sorte fantaisiste du délire qui n'est plus l'interprétation de troubles émotionnels; de plus, la prédisposition est plus grande, les malades ont déjà présenté des troubles psychiques. Cette forme vésanique survenant de 40 à 60 ans, surtout vers 50 ans et de préférence chez les femmes, serait en quelque sorte une psychose typique de la ménopause de pronostic grave, produit d'un cerveau peu valide, et constituant une forme de passage entre la mélancolie et les états dépressifs séniles.

J'observe pour ma part, depuis plusieurs années, une malade qui ne rentre pas dans le type decrit par Krœpelin, mais qui cependant présente un délire de négation très particulier, systématisé, s'étant développé en dehors de tout état mélancolique, s'accompagnant d'autres idées délirantes et dont l'aspect et les caractères

sont tout à fait différents de ceux des mélancoliques négateurs.

J'ai déjà rapporté une partie de son observation au Congrès de 1889 en l'étudiant à un autre point de vue. Je demanderai la permission de la résumer ici brièvement en la complétant.

La malade avait 61 ans en 1886 lorsque se manifestèrent les premiers symptômes de la maladie consistant en des troubles de la sensibilité générale et viscérale, des hallucinations kinesthétiques ou motrices qui n'ont fait que s'accentuer depuis. Puis elle s'est plainte d'être emplâtrée, emboucanée, empestiférée, ensorcelée par cinq prêtres dont l'un est dans sa tête, deux dans sa gorge, un dans son ventre, l'autre dans son estomac. De plus, elle a des idées de négation extrêmement développées. « Elle est percée des deux bouts, elle a un trou entre les épaules, elle ne sent plus la nourriture descendre, cela tombe comme dans un puits. D'ailleurs elle n'a plus ses *tripes*. Il lui manque aussi un bout de fondement; elle n'a plus de cœur, plus d'ongles, plus de luette, plus d'amygdales.

Elle n'a plus de sentiments, plus de mémoire, plus de pensée ; ils lui ont tout pris. Ils la faisaient se perdre dans la rue ; quand elle passait sur un pont, ils la poussaient à se jeter à l'eau malgré elle. Ils lui dictent tous ses actes. Ils font remuer ses doigts de pied. Ils la font parler malgré elle, surtout la nuit, et dire des tas d'horreurs. Ils la possèdent si bien qu'ils parlent par sa bouche, voient par ses yeux qui sont changés, ce qui fait qu'elle ne regarde jamais en face, de peur d'ensorceler les autres personnes.

Elle a des hallucinations verbales psycho-motrices très développées, des plus nettes et presque continuelles Les hallucinations sensorielles sont très-rares, surtout pour l'ouïe : il y en a du goût, de l'odorat et surtout de la vue.

Depuis cette époque, le délire n'a fait que s'accentuer, toujours dans le même sens. Ce sont toujours les troubles de la sensibilité générale et viscérale, les hallucinations motrices communes ou verbales qui prédominent. Les troubles sensoriels étant relégués tout à fait au second plan et n'existant même guère que pour la vue. Les idées de négation sont toujours des plus développées : La malade n'a plus d'amygdales ni de fondement, plus de luette ; ses membres sont disjoints ; son nombril est dérangé, elle n'a plus

de pouls, plus de saignée, plus de veine aux bras; son gosier est bouché et ils le lui ouvrent pour manger. Elle ne va pas à la garde-robe comme une autre personne; les matières changent tous les jours. Elle n'a plus d'estomac, plus de conduit, elle digère par le dos. Elle n'a plus de hanches, tout son corps est contrefait. Ses yeux ne tournent plus, la prunelle est scellée; ils n'agissent plus. Son cœur et son cerveau n'agissent pas non plus.

Tout cela est le resultat de la magie que les prêtres font dans son corps. Ce sont ces mauvais prêtres ou démons qui la gouvernent. Elle les designe par leurs noms. Ils ont commencé par lui enlever ses facultés, puis ses organes. Ces prêtres lui parlent dans la langue qui remue comme si elle faisait: Zi... zi... zi, dans les yeux, le nez pour l'injurier. Dans ce dernier cas, elle les fait taire quelque temps en prenant une prise de tabac. Ils lui servent de pensée, parlent par sa bouche, la font agir ou l'en empêchent. Ils lui *font voir* aussi toutes sortes de choses: des gerbes d'or, des serpents, des lumignons, des prêtres en surplis, des têtes de morts. Parfois ils lui font perdre le fil de ses idées. Elle se croit si bien en leur puissance que lorsqu'elle parle de ce qu'elle fait ou dit, elle ne dit pas *Je*, mais *Ils*. Son lit marche la nuit; tout son corps tremblote en dedans; ils la font tomber dans les escaliers en la poussant. Ils conversent quelquefois ensemble, elle sent qu'ils se combattent, l'un veut, l'autre ne veut pas. Ce qui les fait parler haut, c'est une forte respiration et alors elle sent comme un vent froid qui lui sort de la bouche par le palais. Aussi, pour les faire taire, elle écarte les jambes et le vent sort alors par la matrice. Ils lui ont jeté le « Vermillon » dans les yeux. C'est comme un demon sous la forme d'un cloporte; et c'est ainsi que leur esprit est en elle. Ils peuvent exercer la magie sur elle, grâce à des objets à elle appartenant et qu'ils ont en leur possession. Elle prétend qu'une de ses sœurs est ensorcelée comme elle et n'a plus ni amygdales, ni fondement. Son fils est également ensorcelé et c'est pour cela qu'il ne vient pas la voir. Lorsque nous lui disons l'avoir vu, elle prétend que c'est faux, que nous sommes la dupe d'une vision que les prêtres nous ont donnée et qu'ils nous ont également ensorcelé.

Signalons aussi les réactions diverses de la malade. Au début, elle changeait de place à l'église et de confesseur. Plus tard, elle

a eu l'intention de se faire conduire au poste elle-même pour empêcher les prêtres de l'égarer dans la rue. Deux fois, elle est allée réclamer protection au commissaire de police. Elle a été trouver un magnétiseur qui lui a dit que c'était l'affaire d'un prêtre. Aujourd'hui elle ne cesse de demander à être exorcisée ; elle réclame sans cesse contre son internement, écrit lettre sur lettre, nous accuse de séquestration. « On ne séquestre pas, dit-elle, les gens qui n'ont plus d'amygdales ; cela était une preuve que je n'étais pas folle. Il suffit de m'exorciser ; si j'étais désorcelée, je serais comme autrefois. » Par intervalles elle s'excite, injurie sur tous les modes les prêtres qui la tourmentent, répond à leurs interpellations. Nous l'avons vue un jour se placer devant une glace, grincer des dents, crisper les doigts devant ses yeux, en criant : « Oh ! les maudits ! » Elle essaye de se défendre contre les agissements des prêtres en plaçant son chapelet sur les parties qui sont le siège de ses souffrances, en mangeant du citron, ou en prisant, en écartant les jambes pour donner issue au souffle et les empêcher de lui parler. Parfois elle nous injurie, nous menace ; mais s'excuse ensuite en disant que ce n'est pas elle, mais les prêtres qui ont fait cela. Jamais elle n'a présenté aucun symptôme d'un état mélancolique.

L'examen de la sensibilité chez cette malade révèle un fait assez intéressant. Nous avons dit qu'elle se plaignait de n'avoir plus de fondement. Or, l'examen local révèle que la peau seule est sensible à ce niveau et que la muqueuse est totalement dépourvue de sensibilité. La sensibilité cutanée et sensorielle est d'ailleurs normale. Signalons enfin l'intégrité des appareils organiques et l'absence de signes bien nets de sénilité.

Le résumé de l'observation de cette malade à idées de négation très-accentuées suffit pour montrer qu'il ne s'agit là nullement d'un cas de mélancolie. A aucun moment, ni antérieurement, ni au cours du délire actuel, elle n'a présenté aucun des symptômes de cette vésanie. Sa maladie a commencé par des troubles de la sensibilité générale et viscérale, des hallucinations motrices de toute espèce qui ont été l'occasion d'idées de négation et de possession. Mais le fond émotionnel et aboulique caractéristique des états mélancoliques, ainsi que les symptômes physiques qui leur sont ordinaires, ont toujours fait défaut.

Les caractères cliniques même du délire sont ici tout différents de ceux que l'on peut attribuer au délire de négation chez les mélancoliques.

Le délire ici n'est plus secondaire à des troubles émotionnels comme chez le mélancolique, mais n'est que l'interprétation de désordres hallucinatoires spéciaux.

L'absence de ces mêmes troubles émotionnels lui enlève également ce caractère de peine, de douleur morale qu'il revêt dans les cas précédents.

Au lieu d'être absolument monotone, le délire se systématise progressivement ; chaque jour apporte un nouvel argument à l'appui des conceptions pathologiques.

Ici non plus, pas d'humilité ; la malade se plaint des tourments qu'elle subit, de la désorganisation de son corps, de ses facultés, mais ne se trouve pas pour cela déchue et inférieure aux autres. Qu'on l'exorcise et elle redeviendra comme tout le monde.

De même, il n'y a plus de passivité ni de résignation, et les différentes réactions que nous avons énumérées tout à l'heure, montrent au contraire à la place la lutte et la résistance.

De divergent ou centrifuge, le délire devient ici convergent ou centripète. Ce n'est plus aux autres que la malade craint de nuire, elle *ne s'accuse pas elle-même*, comme les négateurs de Cotard ; au contraire, elle accuse d'autres personnes d'être acharnées contre elle, de lui faire subir mille tourments, d'avoir désorganisé son corps, ses facultés, etc.

De même, plus de craintes pour l'avenir, plus de délire d'attente ; la malade ne se plaint que de faits passés ou de tourments actuels. Comme on l'a dit justement, elle est dans la situation d'un condamné et non plus d'un prévenu.

Ces différents caractères du délire de cette malade diamétralement opposés à ceux des délires mélancoliques, se rapprochent au contraire de ceux des délires de persécution.

Cependant la malade n'est pas une persécutée dans le sens habituel du mot. Les idées qu'elle émet et qu'on pourrait prendre au premier abord pour des idées de persécution, sont en réalité des idées de possession. C'est en elle qu'est l'esprit des prêtres qui la tourmentent, qui lui ont pris ses facultés, ses organes, qui la font agir et parler.

La différence entre ces idées de deux catégories s'explique bien par leur origine. Tandis que l'idée de persécution des vrais persécutés est primitive, simple exagération délirante des tendances natives particulières à l'individu, l'idée de possession, elle, n'est ici que l'interprétation donnée par la malade de désordres subjectifs (troubles de la sensibilité, impulsion)...

Les phénomènes hallucinatoires ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Si les hallucinations visuelles de notre malade ressemblent à celles des persécutés, elles sont beaucoup plus fréquentes que chez eux. En revanche, elle n'a pour ainsi dire pas d'hallucinations auditives, mais dès le début, elle a eu des hallucinations verbales motrices très-développées.

De même les troubles de la sensibilité générale et viscérale, les troubles psycho-moteurs ont prédominé dès le début, tandis que chez le persécuté, s'ils existent parfois au début, ils s'accentuent plutôt à une période déjà avancée de la maladie.

Les désordres spéciaux que nous avons signalés chez notre malade se sont traduits de suite par une dissociation, un dédoublement de la personnalité constituant le fond même de la maladie; tandis que le délire de persécution, s'il s'accompagne de ces mêmes symptômes à une certaine période, si alors la personnalité se dissocie, au moins nécessite-t-il, pour son développement antérieur, l'intégrité complète de la personnalité dont il représente une déviation, une évolution anormale, mais non une désagrégation.

Quant aux idées hypocondriaques, on ne les remarque guère sous la forme négative chez le persécuté vrai. Il en est bien sans doute qui sont comme une de nos malades, se plaignant qu'on la dédouble, qu'on lui enlève des morceaux de son corps, qu'on l'étripaille, que sa tête est placée sur le corps d'une autre personne, qu'on s'empare de sa pensée. Mais elle ne tarde pas à rentrer en possession des organes qui lui manquent et qui ne sont jamais détruits. Elle recouvre de même l'usage de ses facultés. Cette conviction particulière à ces malades persécutés engendre même souvent chez eux des idées spéciales que nous avons jadis étudiées sous le nom d'idées de défense (1), bien nettes chez une

(1) J. Séglas et P. Bezançon (ann. méd. psych. janvier 1889).

de nos malades, qui se plaignait qu'on lui enlevait des morceaux d'os, qui lui étaient remis ensuite par les raccommodeurs et surtout par les raccommodeuses, dames pleines de charité, de dévouement et d'abnégation pour l'humanité.

Cependant, on rencontre quelquefois chez les persécutés de véritables idées de négation. Mais alors on constate chez eux en même temps le développement de certains phénomènes analogues à ceux de l'observation précédente, tels que les hallucinations motrices de toute espèce, des impulsions, des troubles de la sensibilité viscérale, tous signes d'une dissociation déjà accentuée de la personnalité, très-voisins, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de l'idée de possession. Nous avons observé récemment encore un cas de ce genre à l'asile de la Roche-Gandon, dans le service de notre collègue, le docteur Frièse.

La malade, bien connue de Leuret, serait peut-être aussi un exemple semblable.

Le délire des négations systématisé peut donc se présenter en dehors de la mélancolie et avec des caractères tout à fait différents de ceux qu'il revêt dans ce dernier cas. Il est plus voisin alors du délire de persécution que du délire mélancolique, et tandis que dans un cas il s'accompagne d'idées mélancoliques ayant le même fondement psychologique, dans l'autre, ce sont des idées de possession voisines des idées de persécution qui font cortège aux idées de négation; cette dernière forme, ainsi que l'avait dit Cotard, semblant établir comme une transition entre les délires mélancoliques et les délires de persécution.

Pour ce qui est dans ce cas de la pathogénie de l'idée de négation, de possession, notre malade peut nous fournir des renseignements utiles.

Dans un travail antérieur, nous avions essayé de montrer que dans le délire mélancolique, les idées de négation sont nettement secondaires, c'est-à-dire dépendent d'altérations de la personnalité survenant sous le coup de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique.

Dans les cas semblables à celui de notre malade, à en juger au moins par son exemple, nous voyons également les idées naître secondairement à d'autres phénomènes, manifestation d'une désagrégation de la personnalité, tenant toujours le premier plan du

délire et qui sont les troubles de la sensibilité générale et viscérale et les désordres psychomoteurs. Si bien que l'on peut dire, pour nous servir d'une expression de Cotard, que dans tous ces cas, le délire de négation est un délire d'origine psychomotrice.

Messieurs, si la question de la valeur diagnostique du délire des négations est déjà difficile, combien plus encore nous devons être réservés en ce qui concerne la question du pronostic.

J'ai essayé dans ce qui précède de montrer que tout en conservant le type décrit par Cotard il y avait intérêt à en étudier les variations. Ce n'est que lorsque nous connaîtrons mieux tous ces aspects différents du délire dans ses symptômes, dans ses causes que nous pourrons en tirer des conclusions utiles au point de vue du pronostic.

Aussi pour le moment ne pouvons-nous guère parler que d'une façon très générale. Si dans certain cas, les idées de négation prises dans leur ensemble paraissent entraîner un pronostic grave, il en est d'autres cependant, ainsi que l'avait signalé Cotard, qui peuvent guérir. Mais le pourquoi de cette différence est bien difficile à préciser, et je pense qu'actuellement nous ne pouvons que nous en tenir à la conclusion 9 du rapport portant en substance que le pronostic dépend avant tout de l'espèce nosologique sur laquelle se sont entées les idées délirantes spéciales.

En l'absence d'une base de classement certaine parmi les différentes formes de délire de négation, le pronostic devra prendre en considération les antécédents du malade, son âge, la marche antérieure de l'affection, le degré de systématisation du délire en distinguant les simples tendances à la négation du délire confirmé, la négation morale de la négation physique ; cette dernière toujours plus grave, marquant une désagrégation plus profonde de la personnalité dont elle intéresse la base organique. Il importera aussi de juger de l'ensemble du délire, des idées co-existantes, de la disparition des troubles mélancoliques avec persistance des idées délirantes, des symptômes sous-jacents, troubles de la sensibilité, hallucinations, impulsions qui peuvent fournir autant d'indications précieuses pour le pronostic.

Mais, même en cas de disparition du délire, l'intelligence du

malade reste amoindrie; la personnalité du malade, dont le délire de négations a mis en évidence le défaut de cohésion, ne retrouve jamais un équilibre parfait; et, si le malade peut sortir de l'asile sain en apparence, il n'en reste pas moins un déséquilibré toujours sous la menace de nouveaux accidents délirants.

Une remarque intéressante et que M. Camuset a bien mise en relief est que le délire des négations semble être l'apanage des cerveaux invalides, et sa seule constatation pourrait peut-être avoir la même signification que celle d'autres délires se présentant dans les mêmes circonstances, le délire des grandeurs, par exemple.

Comme le délire des grandeurs, on rencontre le délire des négations dans la paralysie générale, chez les faibles d'esprit. On le rencontre encore chez les séniles, dans les délires systématisés à début tardif survenant dans la période d'involution. Les mélancoliques, qui ont du délire des négations, le fait a été noté par Cotard et par M. Camuset sont presque tous des héréditaires. Et de même que l'idée de grandeur chez le persécuté, survient d'autant plus vite que l'intelligence semble avoir moins de force de résistance, de même certains mélancoliques n'arrivent au délire des négations confirmé qu'après une longue période délirante, ayant ébranlé fortement les facultés, tandis que d'autres sans doute à cerveau moins valide, présentent le même délire au premier accès; si bien, comme nous le disions plus haut, que les variations qui existent entre ces différents mélancoliques-négateurs résident peut-être pour beaucoup dans l'intensité de la prédisposition.

Cette remarque n'est pas sans importance au point de vue d'un pronostic général en donnant à l'idée de négation la signification d'une atteinte profonde des facultés intellectuelles, soit acquise par le fait même de la maladie psychique auquelle elle fait cortège, soit par l'effet d'une grave prédisposition héréditaire, nous laissant toujours en présence d'un vice de constitution psychique, même en cas de disparition de l'idée délirante.

Messieurs, je ne veux pas abuser plus longtemps de votre bienveillante attention, et je me résumerai dans les conclusions suivantes:

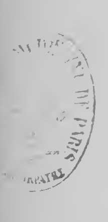
1° En dehors des idées de négation qu'on rencontre par exem-

ple chez les paralytiques généraux, les faibles d'esprit, les séniles, il y a des délires de négation systématisés ;

2° Il existe dans la science un nombre suffisant d'exemples de mélancoliques anxieux avec délire de négation systématisé à marche progressive correspondant au type décrit par Cotard et qui, dès lors, doit être conservé ;

3° La présence des idées de damnation ou bien de possession, ou même d'immortalité n'est pas indispensable pour le diagnostic de ce délire de négation, lorsque l'on peut constater soit des idées délirantes de même nature mélancolique, soit l'existence de troubles psychiques de même ordre bien que moins accentués que ceux dont elles sont l'interprétation ;

4° Il existe certainement des cas de mélancolie avec délire de négation dont l'aspect clinique et l'évolution diffèrent plus ou moins du délire typique de Cotard. Mais ces cas n'infirment pas les premiers ; ils doivent être considérés comme des cas moins complets, frustes, des variations que des recherches ultérieures préciseront dans leurs symptômes, leur marche, leur étiologie, ainsi qu'il a été fait pour les délires de persécution ;



5° Le délire des négations systématisé peut se rencontrer en dehors de la mélancolie, avec des caractères cliniques tout différents. Certains cas sembleraient constituer des formes de passage entre les états mélancoliques et les délires de persécution ;

6° Le pronostic du délire des négations ne peut être fixé d'une manière absolue tant qu'on ne connaîtra pas mieux les différentes variétés. Tandis que certains négateurs guérissent, d'autres restent incurables. On ne peut que s'inspirer pour le pronostic, de la détermination de l'espèce nosologique et aussi de tous les détails particuliers relatifs au malade et à la maladie. Toutefois, on peut dire d'une manière générale que l'idée de négation est toujours le fruit d'un cerveau invalide, soit congénitalement, soit par le fait des désordres psychiques antérieurs.

M. Falret. — Je crois qu'en signalant l'existence du délire des négations, Cotard a fait faire un très grand progrès dans l'étude des mélancolies, comme l'avait fait Lasègue en décrivant le délire de persécution. Le délire de négation existe, il a une évolution progressive, semblable à celle du délire de persécution. Il

commence par de l'hypocondrie simple, mentale, puis apparaît de la mélancolie anxieuse. Le malade est aux prises avec de l'anxiété physique et morale ; il a des conceptions délirantes les plus diverses, de ruine, de culpabilité, d'indignité et de damnation. Mais ce délire est encore possible et acceptable ; ce n'est que plus tard, à une période avancée, qu'apparaissent les idées délirantes réellement absurdes. Enfin à la période terminale se montre un délire d'énormité qui est une sorte de délire des grandeurs de forme mélancolique. C'est comme une *échelle ascendante* du délire depuis l'hypocondrie jusqu'au délire le plus excessif et le plus absurde.

Ce délire des négations est peu connu, mais on le constatera de plus en plus fréquemment, à mesure qu'on examinera plus attentivement les aliénés dans ce sens. Pour ma part, je l'ai constaté souvent, non seulement chez les malades de la ville, mais aussi dans les asiles d'aliénés.

Le délire des négations a une évolution naturelle, clinique, et il convient de faire pour cette variété de délire ce qu'on a fait pour le délire de la persécution. Mais ce qu'il faut bien établir, c'est qu'à côté du *délire de négation essentiel* il existe des *idées délirantes* de négation qu'on rencontre dans diverses formes de maladies mentales, dans la paralysie générale notamment. C'est ce que Cotard a bien établi et ce serait une erreur de croire qu'il ait voulu faire de tous les délires de négation une unité pathologique.

En ce qui concerne le pronostic, on peut dire que le délire de négation est un signe de chronicité avancée. A ce point de vue, c'est un signe peu favorable, mais ce n'est pas, ainsi qu'on pourrait le croire, un signe d'incurabilité absolue. J'ai vu, pour ma part, des cas qui, après avoir duré cinq ou six ans ont fini par guérir et qui appartenaient à des formes intermittentes.

UN CAS DE MÉLANCOLIE ANXIEUSE AVEC IDÉES DE NÉGATION ET ALTÉRATION DE LA PERSONNALITÉ.

Par le Docteur PICHENOT

Médecin-adjoint de l'Asile d'Aliénés d'Auxerre (Yonne).

Femme de 60 ans. — Antécédents héréditaires : père original,

excentrique, avec sentiments affectifs peu développés. Cousine germaine de son père ayant présenté des troubles intellectuels de nature hystérique. Plusieurs collatéraux nervosiques.

Etant jeune fille, Mme X... a toujours été scrupuleuse, nerveuse et très impressionnable surtout à l'époque de l'évolution pubère. Au début de son mariage à 22 ans, très attachée à son mari, elle s'occupait régulièrement de son intérieur lorsqu'à la suite d'une première couche elle est prise d'un accès de mélancolie avec préoccupations exagérées, aversion subite pour son mari et son jeune enfant. Elle ne peut plus les voir, elle est une mauvaise mère, incapable de quoi que ce soit, indigne de vivre et sous l'influence de ces idées délirantes commet une tentative de suicide par submersion.

Quelques mois après, Mme X... recouvre l'usage normal de ses facultés; mais 13 ans plus tard, en 1867, survient une seconde grossesse et trois semaines après l'accouchement elle est reprise, suivant sa propre expression, de la maladie de l'aversion à l'égard des siens. Anxiété, surexcitation avec exacerbation périodique: délire systématisé, loquacité incohérente, actes désordonnés, répète sans cesse qu'elle est une femme mécanique; elle n'a plus ni cœur, ni âme, ni sang : son corps est de bois, son cœur de fer; elle est immortelle, incombustible, insubmersible, demande qu'on lui fasse des incisions sur le corps pour prouver sa non existence et son insensibilité à la douleur ; sommeil presque nul, surexcitation anxieuse plus vive pendant la nuit, se livre même à des actes de violence à l'égard des personnes qui lui déplaisent dans son entourage. Notons que l'alimentation reste facile, spontanée et le besoin de manger se traduit même par une voracité sans mesure.

Cet état délirant persiste pendant deux mois environ, puis s'atténue progressivement et rentrée dans sa famille, la guérison s'établit d'une façon à peu près complète : il lui reste seulement quelques préoccupations secrètes de nature hypochondriaque.

En 1871, pendant l'occupation de son pays par les Prussiens, et plus tard en 1882, à l'occasion du mariage de sa fille, elle présente pendant quelques semaines des troubles de même nature que précédemment. Elle a des hallucinations de la vue ; à plusieurs reprises voit des femmes sans tête et en conclut que la

sienne doit disparaître ainsi. Elle a également la vision d'un homme habitant Jérusalem et condamné comme elle à vivre éternellement, dans les mêmes souffrances. Il est à remarquer qu'à cette époque les intestins sont encore indemnes et que Mme X... continue de s'alimenter librement.

Dix ans s'écoulent ensuite dans un parfait état de calme et de raison, lorsqu'au commencement de cette année, 1892, sans cause déterminante appréciable, se déclare un nouvel accès de délire mélancolique de même nature, mais plus intense que les précédents et compliqué d'un refus absolu de manger.

Lorsque nous l'examinons, elle est dans un état d'anxiété extrême avec surexcitation générale, incohérence dans les idées et désordre complet dans les actes : ne peut rester en place, gémit, se lamente, gesticule, pousse des cris, se frappe la poitrine et cherche à quitter ses vêtements pour montrer que son corps n'est plus rien. Répète sans cesse que son cerveau est de pierre, son cœur de bois, ses yeux desséchés ; ses intestins n'existent plus, sont obstrués ; il est inutile de la faire manger, rien ne peut plus passer. Elle voudrait mourir, mais elle ne le peut plus, elle est immortelle, condamnée à vivre ainsi éternellement pour expier les fautes dont elle est coupable et Dieu lui-même n'existe plus pour la délivrer. Elle a une aversion profonde pour son mari, sa fille et son gendre qu'elle aimait cependant beaucoup auparavant : ils n'existent plus pour elle ; elle ne pourra plus jamais vivre avec eux ni même les voir : elle ne guérira jamais. A tout instant, elle porte la main à la gorge, accuse des étouffements dans cette région et demande qu'on lui donne de l'air. Sensibilité cutanée notablement diminuée. Bien qu'elle ait été hallucinée à l'époque de l'accès précédent, rien ne prouve qu'elle le soit actuellement. En parlant d'elle-même elle s'exprime toujours à la troisième personne.

En présence de son refus de manger, on l'alimente à la sonde ; d'autre part on lui donne des bains et des injections de morphine qui ramènent peu à peu le sommeil et une accalmie générale. Au bout de cinq jours, elle déclare que pour éviter le supplice de la sonde, elle veut bien manger seule tout en ajoutant que cela n'aboutira à rien puisque ses intestins n'existent plus et restent bouchés.

Aujourd'hui elle présente un degré d'amélioration très appréciable, se montre calme, soignée dans sa tenue, s'occupe de travaux à l'aiguille, s'alimente régulièrement et dort mieux; mais malgré cette apparence de raison, elle est encore mélancolique, voit tout en noir et reste toujours sous l'influence de ses idées délirantes. Elle continue à parler d'elle-même à la troisième personne, et lorsqu'on lui demande alors de qui elle veut parler: « C'est de moi, répond-elle avec un ton plaintif, je suis si coupable, si honteuse de ma personne ainsi transformée et hideuse, que j'en parle comme d'une autre moi-même. » Mme X....., on le voit, paraît avoir perdu sa personnalité et vivre de la vie d'une autre.

Elle ne peut entendre une cloche ou voir un prêtre sans en être péniblement impressionnée, car elle n'a plus d'âme, il n'y a plus ni Dieu, ni Diable, ni religion.

Bien que l'affection mentale soit déjà ancienne, Mme X..... a conservé toute son intelligence, assez développée du reste; elle est douce et sensible aux attentions qu'on a pour elle. La conversation n'est pas dépourvue d'intérêt; elle fournit sur son existence des renseignements qui paraissent précis; mais tout à coup elle interrompt la conversation, élève les bras, pousse un gémissement et répète ses phrases habituelles: « Elle est automatique, éter-
« nelle, pierre et bois; personne ne peut la comprendre, il n'existe
« ni médecin ni médicament pour la guérir; elle travaille, mais
« ses mains agissent mécaniquement. Elle mange par frayeur de
« la sonde; mais c'est inutile, ses intestins restent obstrués; son
« cœur est remplacé par une horloge en bois, qui en sonnant,
« l'oblige à crier pierre et bois. »

Nous nous trouvons ici en présence d'un cas de mélancolie anxieuse où le délire des négations est très marqué. Cette affection paraît avoir évolué sur un fond hystérique avec prédispositions héréditaires, deux circonstances qui en aggravent le pronostic. A forme primitivement intermittente, le délire mélancolique, après cinq accès, paraît tendre à la chronicité. Les idées de négation ne se sont pas manifestées d'emblée: greffées sur un état primitif de mélancolie à forme hypocondriaque, elles se sont développées, caractérisées progressivement et à chaque accès nouveau, nous voyons le cadre s'élargir pour arriver à une négation

presque absolue dans laquelle l'hypocondrie physique domine la scène.

On ne constate chez Mme X..... ni idées de possession, ni idées d'empoisonnement ou de persécution proprement dites ; elle est seule coupable, rapporte à elle-même toutes ses souffrances et ne paraît subir aucune influence nocive extérieure. Elle se dit bien condamnée à vivre éternellement malheureuse, mais ignore par qui.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater des idées de négation chez des persécutés, des paralytiques généraux, des hystériques et d'autres mélancoliques : mais ces idées de négation n'étaient pas aussi nettement caractérisées que dans le cas rapporté ici et disparaissaient en général assez rapidement pour céder la place au délire propre à chacune de ces affections morbides. Ce qui m'a engagé à communiquer cette observation détaillée au Congrès de Blois, où devait se discuter l'intéressante question du délire des négations, c'est que Mme X..... présente des rapports assez étroits avec les délirants négateurs de Cotard ; mais malgré cette affinité, je ne crois pas devoir me ranger à l'opinion de notre savant et regretté confrère qui paraît tendre à faire de ces idées de négation un délire spécial, et je ne pense pas qu'il puisse y avoir lieu de créer dans le cadre, assez vaste déjà, des maladies mentales, une espèce pathologique distincte pour ce genre d'idées délirantes.

A mon avis, les idées de négation ne constituent pas une entité spéciale, elles ne sont qu'une conséquence, un syndrôme, une expression particulière plus ou moins fréquente, plus ou moins accentuée d'une des entités morbides citées tout à l'heure et plus particulièrement de la mélancolie anxieuse.

Qu'il me soit permis d'ajouter aussi que sur ce point je me trouve en parfaite communion d'idées avec M. le docteur Lapointe, mon distingué et sympathique chef de service. Pour lui, le délire des négations ne paraît pas non plus devoir être considéré comme une entité morbide. C'est simplement une forme ou mieux un attribut obligé du délire mélancolique : dans celui-ci, en effet, les tendances morbides des malades se résument à affirmer tout ce qui leur est contraire et à nier tout ce qui est de nature à pouvoir leur être favorable. S'il repose sur un fond de nervosisme ou

d'hystérie, ce qui arrive souvent dans le cas d'hérédité, ces tendances confinent facilement à ce qu'on pourrait appeler l'Extravagance dans les idées délirantes. C'est alors qu'on entend les malades dire que leur situation est au-dessus de toutes ressources, que personne n'y peut rien, parcequ'ils n'ont plus d'estomac, que leurs intestins sont bouchés, que leur corps tout entier est de pierre, de bois, etc., et encore que Dieu seul ou la mort pourrait remédier à un tel état, mais que Dieu n'existe pas et qu'ils sont immortels, etc.

En un mot, dans le délire mélancolique, les malades voient tout en noir et nient tout ce qui ne cadre pas avec leurs conceptions délirantes; mais on ne peut faire de cette tendance, qui leur est propre, un délire spécial, le *Délire des négations*.

M. Carrier. — Messieurs, je n'ai pas la prétention d'apporter dans ce débat des documents d'une bien grande importance. Cependant comme il s'agit d'une question essentiellement clinique, les quelques faits que chacun peut rapporter peuvent avoir une certaine valeur, soit en les comparant, soit en les ajoutant à ceux qui sont déjà connus. C'est ce qui m'a engagé à prendre la parole.

Depuis longtemps mon attention a été attirée sur les faits du genre de ceux auxquels Cotard et M. Séglas ont fait allusion, et, pour mon compte, je considère leur appréciation comme absolument légitime et conforme à la vérité clinique.

Il est certain, en effet, que parmi les mélancoliques anxieux qui montrent un degré plus ou moins prononcé d'angoisse morale, qui se désolent et ne cessent de gémir sur leur triste sort, sur leur indignité, leur damnation ou leur possession ; tous symptômes qui constituent une maladie connue de tous, la mélancolie anxieuse commune, qui n'est pas de celles qui effrayent beaucoup le praticien, car le plus souvent elle est susceptible de guérison, il est d'autres malades qui, aux conceptions délirantes de damnation ou d'indignité que je viens d'énumérer, joignent des idées hypochondriaques plus ou moins absurdes ; ils n'ont pas de bouche, pas d'estomac, pas d'intestins ; ils ne peuvent ni manger, ni accomplir aucune fonction naturelle ; ils ne peuvent ni vivre ni mourir, et ils cherchent assez souvent à se suicider tout en déclarant qu'ils sont immortels.

Ceux-là paraissent bien plus gravement atteints, en général ils ne guérissent pas et beaucoup meurent dans le marasme.

Depuis 1883, j'ai observé *quatre* malades qui avaient paru présenter ce tableau clinique :

La première était une femme de 38 ans qui, après avoir montré du délire lypémaniaque religieux (elle était possédée du diable auquel elle attribuait des malaises dont elle souffrait dans tout le corps) et une grande anxiété, se mit à répéter qu'elle n'avait ni bouche, ni estomac, ni ventre, qu'elle ne pouvait plus manger, ni respirer, ni aller à la garde-robe. — Tout cela étant causé par le diable. — Elle ne pouvait ni vivre ni mourir, elle était retournée et montrait une contraction permanente des muscles abdominaux. Comme elle refusait toute nourriture, on dût pendant longtemps la nourrir à la sonde. Malgré tout ce que l'on put faire le dépérissement physique s'accentua lentement et au bout de trois ans, elle mourut dans le marasme.

La deuxième date de 1889, c'était une femme de 39 ans qui, après des inquiétudes, devenues de véritables obsessions mélancoliques au sujet de sa santé, s'était mise à dire que ses intestins étaient retournés, qu'elle ne pouvait rien digérer, que sa matrice était pourrie, tout cela avec une anxiété extrême. Elle ne montrait pas d'idées d'immortalité, mais elle affirmait qu'elle ne pouvait pas guérir, ni vivre. Malgré toutes les tentatives de traitement cette malade montre encore le même délire, avec une dépression physique de mauvais augure.

Une troisième malade, âgée de 54 ans, à la suite de chagrins domestiques, montre du délire mélancolique anxieux ; elle a peur de tout, et elle réalise entièrement le type de l'aliéné gémisseur. Puis au bout de quelque temps, elle se met à dire que sa matrice est abîmée, que son estomac ne fonctionne plus, qu'elle ne peut guérir, enfin qu'elle *ne peut ni vivre, ni mourir*. Cette malade que j'observe et que je traite depuis un an et demi, ne montre encore aucune modification dans son état délirant et sa santé physique s'altère visiblement.

Enfin une quatrième malade entre dans mon établissement l'an dernier après s'être tiré un coup de fusil dans le flanc gauche, d'où il était résulté une plaie affreuse que j'eus beaucoup de peine à faire cicatriser. Cette tentative de suicide avait été déterminée par

des idées délirantes d'indignité et de démonomanie, elle faisait le malheur de tous les siens. Mais depuis son accident elle se mit à déclarer qu'elle ne pouvait plus mourir, qu'elle était immortelle, qu'elle était une grande criminelle, une damnée, puis qu'elle n'avait plus de bouche, plus d'yeux, et que ses intestins étaient bouchés.

Cette malade, après des alternatives d'amélioration relative, est encore dans le même état malgré tous les traitements.

Tels sont les quatre faits que j'ai observés et qui me paraissent devoir s'ajouter à ceux qu'a réunis M. Camuset. Il est évident qu'ils montrent une évolution toute autre que celle de la mélancolie anxieuse proprement dite et qu'ils n'ont notamment aucune tendance à la guérison.

Un fait que j'ai aussi remarqué : c'est que tandis que les mélancoliques anxieux ordinaires sont le plus souvent guéris par le traitement opiacé à doses progressives, ces mélancoliques hypochondriaques *négateurs* ne sont nullement impressionnés par ce mode de traitement.

Ces deux genres de malades se distinguent donc par bien des côtés : par l'expression symptomatique, par l'évolution, et par la différence d'action d'un traitement chez les uns et les autres.

Est-ce assez pour affirmer qu'il s'agit là de deux maladies distinctes ?

Je croirais plutôt que le délire des négations constitue une phase plus anxieuse de la maladie.

Dans tous les cas, cliniquement, on ne saurait les confondre et, pratiquement, on doit se comporter différemment dans l'un et l'autre cas.

M. Charpentier (de Bicêtre). — Depuis dix ans, j'ai vu un assez grand nombre de malades qui avaient des idées de négation, mais je n'en ai pas rencontré un seul qui répondit au type créé par Cotard. Je crois que cet auteur a surtout été séduit par le mot et qu'il a voulu opposer le délire des négations au délire des persécutions.

Je suis loin de nier la valeur des idées de négation dans la mélancolie anxieuse, mais je prétends que la chose est connue depuis longtemps et je ne crois pas qu'on puisse trouver dans le

travail de Cotard une maladie nouvelle ; il y a seulement un mot nouveau.

M. Ch. Vallon. — Comme M. Régis, et, contrairement à l'opinion exprimée par M. Camuset dans son excellent rapport, je ne crois pas que Cotard ait eù l'intention d'ériger le délire des négations en entité morbide distincte. En dehors des idées de négation qu'on peut rencontrer dans diverses formes d'aliénation mentale, je crois qu'il faut considérer le délire des négations type comme une phase dans l'évolution des mélancolies chroniques, et c'est là, il me semble, l'idée de Cotard. Eh bien, si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, cette période de négation, dans les mélancolies chroniques, est précédée d'une autre période qui ne me paraît pas avoir été suffisamment mise en lumière, d'une période de doute caractérisée par des idées délirantes qu'on pourrait appeler, qu'on me passe l'expression, un *délire d'interrogation*. Avant de nier l'existence de quelque chose, de quelqu'un, de lui-même, il doute de l'existence de ce quelque chose, de ce quelqu'un, de lui même et on l'entend pendant un temps plus ou moins long s'interroger à haute voix et dire : telle chose existe-t-elle, telle personne existe-t-elle, est-ce que j'existe moi-même. Puis elle finit par répondre : non cela n'existe pas, non telle personne n'existe pas, non je n'existe pas moi-même ; elle ne doute plus, elle ne s'interroge plus, elle nie formellement : c'est la période de négation confirmée.

Entre ces deux périodes, il y a une phase dans laquelle se mélangent et l'interrogation et la négation.

Chez une mélancolique de 50 ans que j'ai observée récemment, ces deux états de doute et de négation existaient simultanément et associés d'une façon singulière. La malade niait sa propre existence, niait celle des personnes présentes et, au contraire, elle n'émettait que des doutes sur l'existence des personnes absentes. J'étais avec son gendre et elle disait mais mon gendre ce n'est pas vous qui êtes ici, vous êtes mort, vous n'existez pas, vous M. le Docteur vous n'existez pas, puis parlant de son mari qui était absent elle ne niait pas son existence, mais disait seulement existe-t-il, vit-il.

Voilà donc une femme qui niait formellement l'existence des

personnes présentes et doutait seulement de l'existence des personnes absentes. J'ai cherché une explication aux phénomènes observés, mais parmi celles que l'on peut donner aucune ne me satisfaisant pas entièrement, je préfère ne pas entrer dans la discussion de l'interprétation des faits et m'en tenir aux faits eux-mêmes.

M. Ritti (Charenton). — Cette période d'interrogation me paraît ressembler beaucoup à la mélancolie perplexe décrite par Lasègue ; cette mélancolie perplexe est, on le sait, prodromique de la mélancolie anxieuse.

M. Doutrebente. — Avant d'avoir entendu l'exposé si limpide que M. Falret vient de faire des idées de Cotard sur le délire des négations, je n'étais pas arrivé à me faire une opinion bien nette de ce qu'il fallait entendre par le *Délire des négations*, en dehors des idées banales de négation, que j'avais pu observer en maintes circonstances ; j'étais dans la phase d'interrogation dont vient de parler mon excellent ami M. Vallon. Je dois avouer que M. Falret m'a convaincu et que j'adopte pleinement sa manière de voir. Par contre, je n'ai pas été touché par l'argumentation que M. Charpentier vient de développer devant vous puisque, à des faits observés par nos collègues, il a opposé simplement une fin de non recevoir en disant : je ne crois pas à l'existence du délire des négations parce que depuis dix ans je n'en ai pas observé un seul cas.

M. Paul Garnier. — D'après M. Camuset, notre regretté collègue Cotard a entendu décrire une véritable entité, sous le vocable : *Délire des négations.*

A en croire M. Régis, au contraire, telle n'a point été sa pensée. Cette différence d'interprétation semblerait indiquer que l'idée de Cotard ne se dégage pas d'une manière très-positive. Où est la vérité? Qui a raison de M. Camuset, ou de M. Régis? Nous venons d'entendre M. Falret qui a certainement le mieux connu la pensée de l'auteur. Que nous a-t-il dit? D'une façon formelle, il a affirmé que Cotard avait eu l'intention de réaliser et avait réalisé en effet, ce qu'avait tenté si heureusement Lasègue, lorsqu'il a

dégagé du groupe compacte des mélancolies d'Esquirol, le délire des persécutions.

Il faut donc prendre la tentative de Cotard pour ce qu'elle paraît être réellement, à savoir la création d'un type nosologique, « comme le délire des persécutions de Lasègue ». A ce titre, j'avoue que je ne puis l'admettre.

Ce serait, en somme, et la comparaison s'est tout de suite imposée, au point de vue évolutif, ce serait dis-je, dans la variété des délires mélancoliques, l'analogue de ce qui se passe dans le délire chronique des persécutions, dans ce que j'ai crû pouvoir appeler « la psychose systématique progressive. »

Cette tentative, à coup sûr intéressante, soumise depuis une dizaine d'années au contrôle clinique de chacun de nous, a-t-elle pour elle, aujourd'hui, l'appui de faits décisifs ?

Il faut dire qu'elle émanait d'un esprit fort distingué, qui a apporté dans l'analyse des états mentaux qu'il a décrits, ses qualités de psychologue érudit et sagace.

On a pensé que le temps était venu de se prononcer sur la réalité de ce nouveau type morbide. Mais, Messieurs, je crois qu'il est une déclaration préalable qu'on peut et qu'on doit faire. — Si nous soumettons aujourd'hui les idées de notre regretté collègue Cotard, sur ce point particulier, à des critiques que la vérité scientifique réclame, il convient de reconnaître bien haut qu'il y a toujours à admirer la profondeur de ses aperçus, sa conscience de vrai savant qui fait que nous saluons respectueusement sa mémoire.

Quel est donc le jugement à porter sur la tentative si curieuse de Cotard ? Il m'a semblé, Messieurs, qu'il était exprimé avec une grande clarté et une véritable impartialité dans le remarquable travail de notre collègue M. Camuset, que le Congrès a eu la bonne fortune d'avoir comme rapporteur de cette intéressante question.

Avec notre collègue, je crois qu'il convient de dire que Cotard a été entraîné par un besoin hâtif de généralisation. — Quant à moi, je declare que je n'ai pu retrouver au milieu des malades assurément nombreux que j'ai pu observer, le type morbide qu'a crû entrevoir Cotard. Certes, Messieurs, j'ai constaté comme chacun de nous, sans doute, des idées de négation chez des

lypémaniaques anxieux. La négation, est dans la disposition, la *tournure morale* du mélancolique anxieux ; la *non-existence* est une tristesse, et, pour lui, la tristesse est dans tout. La négation est sa formule de désespérance absolue, de là sa *nihilomanie systématique*, passez-moi le mot. Mais on peut dire qu'il ne *nie* que pour *affirmer* son malheur, son immense détresse. — Et cela est si vrai que dans son besoin d'attester sa situation lamentable, ce négateur va déclarer qu'il *est condamné* à l'*immortalité* afin de toujours souffrir.

Or, Messieurs, qu'est-ce qu'il y a de plus contradictoire avec l'idée de négation et l'idée de non-existence que l'affirmation de son immortalité.

Je ne pense pas qu'on doive voir dans les idées de négation autre chose qu'une *formule adéquate* au sentiment que le mélancolique a de sa position misérable.

Y voir l'expression d'un délire spécial d'une maladie à part me paraît être une opinion difficile à justifier par la clinique.

M. Camuset n'a pu, parmi toutes les observations qu'il a réunies avec un grand soin, en trouver une seule s'adaptant bien au type idéal entrevu par Cotard. Même celle de M. Régis, qui semble s'en rapprocher le plus, en diffère d'une manière bien notable, puisque les idées de négation et d'immortalité n'ont pas obéi à la loi d'évolution posée par Cotard.

J'estime donc, avec l'honorable rapporteur, que la clinique n'autorise pas à voir dans les idées de négation du mélancolique anxieux, idées si finement analysées par Cotard, une espèce morbide. Ma seconde conclusion et, celle-là réunira sans doute tous vos suffrages, est qu'il y a lieu de savoir grand gré à M. Camuset de nous avoir présenté la question sous une forme attachante, et de l'avoir interprétée d'une manière aussi judicieuse.

M. Gilbert Ballet (Paris). — Cette question du délire de négation ne doit pas être résolue d'une façon théorique et par des raisonnements *à priori*, mais à l'aide de faits cliniques bien observés. Peu importe de savoir si Cotard a voulu constituer une entité morbide ; ce qu'il faut se demander, c'est si les faits publiés par Cotard sont exacts. La chose n'est pas douteuse. Il y a donc des cas de délire de négation à évolution progressive.

Je suis aussi surpris, aujourd'hui, de voir nier par M. Garnier les faits de cet ordre, que j'étais autrefois étonné de voir mettre en doute les faits de délire chronique à évolution systématique sur lesquels M. Garnier et d'autres ont appelé l'attention.

Le délire des négations est-il fréquent? Se présente-t-il toujours avec les mêmes caractères? Assurément non, ce me semble. Et je suis d'accord avec M. Garnier, quand il nous dit que ce délire habituellement tardif peut, dans certains cas, survenir d'une façon précoce dans la mélancolie.

Voici un fait qui m'est personnel et dans lequel le délire de négation s'est montré très-rapidement au cours d'un état mélancolique.

C'était chez une femme qui fut atteinte de mélancolie vulgaire (idées de damnation et de ruine) en décembre 1891. Le 15 février 1892, c'est-à-dire au bout d'un mois et demi apparut, après une courte période de rémission, un délire de négation tout à fait caractéristique.

En me basant sur les faits, je crois donc qu'on peut affirmer l'existence du délire de négation et dire, qu'il est tantôt précoce, tantôt tardif.

Quant au pronostic, il est difficile de savoir quel il est. Si dans la majorité des cas l'incurabilité est la règle, il en est quelques-uns cependant qui se sont terminés favorablement.

M. Rouby (de Dôle). — Mes observations personnelles me portent à considérer le délire des négations comme le résultat de troubles hallucinatoires qui doivent être rattachés à une altération du grand sympathique.

M. Régis. — Le délire de négation n'est pas accepté aujourd'hui par ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'observer des malades qui en étaient atteints. J'ai la conviction que ce doute finira par disparaître, quand de nouveaux cas auront été publiés. L'attention étant attirée de ce côté, je ne doute pas que dans l'avenir on rencontre plus souvent ce délire de négation.

Je ferai observer à M. Garnier que si, dans la majorité des cas de Cotard, le délire a été tardif, il en est quelques-uns cependant dans lesquels il a été précoce. Par conséquent, l'apparition hâtive

du syndrôme, chez la malade que j'ai suivie, ne doit pas empêcher de le considérer comme un cas typique de délire de négation, tel que l'a décrit Cotard.

M. Vallon. — Les variations d'évolution qu'on observe chez les négateurs ne sont peut-être, ainsi que le disait tout à l'heure M. Séglas, qu'une question de terrain, une plus grande prédisposition amenant une apparition plus rapide des idées de négation, ainsi qu'il en est pour les idées de grandeur chez les persécutés.

M. Garnier. — Quand ce délire apparaît chez des dégénérés, il n'est pas possible de le considérer comme un état pathologique spécial, et quand on l'observe chez de semblables malades, on doit, ce me semble, l'écarter du soi-disant type décrit par Cotard.

M. Mordret. — M. Camuset, dans son excellent rapport, nous fait observer que l'étude du délire des négations ne paraît pas avoir fait un grand pas depuis Cotard, qui l'a séparé des autres délires mélancoliques et l'a opposé au délire des persécutions. Il nous apprend aussi que la littérature n'est pas encore très riche, qu'elle ne se compose guère que des observations recueillies ou citées par Cotard lui-même et par M. Séglas. Aussi, s'est-il efforcé d'enrichir cette littérature en rassemblant vingt-huit observations intéressantes, qui reproduisent plus ou moins les caractères que Cotard a assignés à son délire des négations. De l'examen de tous ces faits réunis, il semble conclure « que le délire des négations n'est pas une entité, que Cotard a trop généralisé, que ce qu'il dit est exact et vrai pour des cas particuliers seulement et non pour toute une classe nosologique. » C'est dans ces quelques mots, si je ne me trompe, que notre rapporteur a résumé sa pensée, et je suis, pour mon compte, tout à fait de son avis. La lecture des observations qu'il a recueillies, aussi bien que celle des observations antérieures connues, m'a rappelé quelques faits analogues qu'il m'a été donné d'observer. J'ai cherché dans mes notes et j'en ai pu retrouver un certain nombre. Il eut été plus grand, je crois, si j'avais eu plus de temps devant moi. Je vous apporte quelques-

uns de ces faits, à seule fin d'augmenter un peu le faisceau que nous possédons déjà pour l'étude, je ne dirai pas du délire des négations, mais plutôt pour celle des idées de négation dans le délire.

Ob. 1re. — Mme Min..., 40 ans, cultivatrice. — Hérédité assez chargée, sa mère et sa sœur ont été folles ; deux mois d'invasion ; mal réglée. — La malade devient triste sans motif appréciable, cesse peu à peu de s'occuper, refuse parfois de manger. Elle croit que ses bêtes vont périr, que *tout est perdu*, elle fait des choses absurdes, sort la nuit sans savoir où elle veut aller et s'égare. Cette femme, au moment de son admission, conservait encore une certaine conscience des troubles de son esprit. A l'asile, elle devient gâteuse, ne répond pas, se lève la nuit, trouble le dortoir, puis elle retombe dans la tristesse et gémit sur son sort. L'anxiété est alors très grande. — Elle n'a plus de *nez*, plus de *bouche*, plus d'*entrailles*, *tout est perdu;* elle n'a *plus de place nulle part* et est obligée d'*être en l'air*, il n'y a *plus rien* ni ciel ni terre. Il faut faire manger cette malade ; mais elle ne refuse pas. Elle ne reste presque jamais tranquille, va et vient sans savoir où; elle gémit constamment, ne prononçant que des lambeaux de phrases presque inintelligibles. Depuis deux mois, il n'y a aucun changement dans son état.

Les idées négatives sont certainement celles qui dominent dans ce délire anxieux; il ne paraît même pas y en avoir d'autres. Ce cas serait donc un cas type, mais on ne sait pas encore quelle sera son évolution. Je n'ai pu démêler si cette malade qui se dit en l'air éprouve véritablement une perversion du sentiment de la pesanteur, ou si cette idée n'est que la conséquence assez logique de ce qu'elle croit n'avoir plus de place et que rien n'existe plus. Je pencherais plutôt pour cette interprétation. Je ferai aussi remarquer que la malade ne présente pas d'idées d'opposition ; elle ne mange pas parce qu'elle n'a plus d'organes, mais elle ne refuse pas quand on la fait manger. Quand elle est prise de sa manie ambulatoire, on l'arrête et elle ne fait aucune résistance ; je crois qu'elle ne s'échappe que parce que n'ayant plus de place dans ce monde elle en cherche une. La difficulté avec laquelle on obtient de cette femme quelques réponses, rend fort difficile l'interpréta-

tion exacte du délire. — Pour moi c'est, en définitive, une mélancolique hypochondriaque et anxieuse.

Ob. 2e. — Mme Pel... 73 ans. — Pas de renseignements sur l'hérédité. — Des contrariétés avec son mari semblent avoir été la cause déterminante de la folie. — Celle-ci débute par une excitation maniaque très vive : la malade court les chemins à peine vêtue, mendie quoique ayant une certaine aisance, ne dort plus, mord, égratigne, casse sa vaisselle, parle seule, est incohérente, croit que les gendarmes vont l'arrêter, n'a pas mangé depuis dix jours quand on l'amène à l'asile. — Il n'y a pas d'idées de suicide. — Très rapidement le délire change de forme et devient hypochondriaque, mais sans anxiété bien grande. — On lui a *mangé les entrailles*, on a *arraché tout son intérieur* et on lui en a *placé un autre*. Elle ne *vit plus*, elle est *morte* et on la fait aller comme cela. Elle n'a *plus de forces*, *tout ce qu'on lui a fait sortir n'est pas rentré*. Les Juifs lui salissent la bouche. — Refuse de manger parce qu'elle *est morte ;* on *l'empoisonne ;* on *ne dit plus la messe*, c'est pour la faire *mourir*. Elle n'est plus la *même personne ;* on lui a *changé son esprit et sa figure*. Quand elle est malade, ce sont les sœurs qui lui donnent ses maladies, quand elle ne se lève pas c'est qu'elle est *ensorcellée ;* on lui a changé *son langage*, elle ne parle plus qu'allemand ; on lui a *coupé la tête* et on lui en a mis une autre ; on la bat, ou la frappe nuit et jour sans qu'elle puisse dire qui. Un matin elle s'imagine être accouchée pendant la nuit et avoir perdu beaucoup de sang (illusion, elle avait eu un peu de diarrhée et s'était tachée). — Quelquefois elle a des millions dans sa poche. La peur des gendarmes est permanente. — Une attaque d'apoplexie emporte cette malade en deux jours. Elle était à l'asile depuis quatre ans sans que son délire n'ait jamais varié.

Autopsie. — Boîte crânienne très épaisse. — Pie-mère légèrement injectée. — Vers l'extrémité du lobe cérébral postérieur gauche est une cavité pouvant loger un petit œuf de poule remplie d'un caillot de sang. Du même côté, presque à la réunion des lobes antérieur et moyen, un noyau du parenchyme cérébral du volume d'une grosse noix est très-rouge et comme ecchymosé. A la coupe le cerveau présente l'aspect sablé. — Très peu de sérosité dans les ventricules.

L'autopsie ne saurait rendre compte de ce délire, elle ne fait que confirmer le diagnostic de la mort. — On trouve dans ce fait presque toutes les formes décrites des idées de négation. Idées hypochondriaques d'abord, se rattachant à l'état des organes qui ont été arrachés, changés, mangés ; puis à l'individualité psychique, la malade ne vit plus, elle est morte, on a changé sa personne, son esprit, etc. On y trouve enfin des idées de négation extérieure, on ne dit plus la messe. Mais les idées d'ordre négatif ne sont pas les seules, il y en a aussi de persécution, assez nettes mêmes. Cette femme est ensorcellée, elle est battue, elle a peur des gendarmes... Il y a même quelques idées de grandeur, elle a des millions dans ses poches. Un pareil cas est assurément très complexe, et bien que les idées négatives y dominent, je ne crois pas qu'on puisse en faire une forme spéciale de la folie. Il me semble plus rationnel de la classer comme le précédent, dans les mélancolies hypochondriaques.



Ob. 3e. — Mlle Mar....., 21 ans, domestique, enfant naturel ; mère morte aliénée. — Mutisme complet ; regarde sans voir ; rit niaisement et sans motif ; urine sans s'en apercevoir ; reste immobile, assise ou debout, comme on l'a placée ; ne mange pas seule ; aucun soin de sa personne ; sensibilité cutanée à peu près nulle ; prostration extrême, mais sans anxiété bien apparente. — Après trois mois de traitement, la malade commence à sortir de sa stupeur, elle sort guerie apres cinq mois. — « Je suis devenue folle, m'a-t-elle dit, à la suite de lectures religieuses, je lisais l'Apocalypse une partie des nuits. Je tremblais d'aller en enfer. Quand vous m'interrogiez, j'entendais des voix qui me défendaient de parler et de répondre ; je voyais des animaux terribles, des lions, etc..., et je croyais que je ne devais plus rester sur la terre. J'avais conscience de l'état dans lequel je me trouvais, mais je ne pouvais l'exprimer. Je souffrais beaucoup de la tête, me sentant très malheureuse de ce que dans cet état je ne serais plus bonne à rien ; je priais Dieu pour en sortir et faisais tous mes efforts pour y parvenir ; je ne mangeais pas parce que je me croyais empoisonnée, etc. » — Extrait d'un long mémoire que m'a remis cette fille après sa guérison.

Cette observation est un assez beau type de mélancolie dans

laquelle l'anxiété causée par des hallucinations terrifiantes va jusqu'à la stupeur. Les idées de négation ne sont pas aussi précises que dans la plupart de mes autres faits, cependant elles existent. La malade refuse de parler, elle ne doit plus rester sur la terre, elle n'est plus bonne à rien. Ces idées ne sont pas primitives, elles sont le résultat d'hallucinations qui terrorisent cette fille : elle voudrait, mais elle ne peut. Ce n'est donc pas là un cas de délire des négations, mais de mélancolie avec stupeur dans lequel on constate après guerison et d'après le récit de la malade, qu'y a eu des idées de négation.

Ob. 4e. — Mme Pich..., 52 ans, épicière. — A fait de mauvaises affaires. Lecture assidue de prospectus médicaux et de spécialités pharmaceutiques. — Elle devient hypochondriaque simple d'abord, puis aliénée. — Douleurs générales, *vide* dans le cerveau, constrictions à la gorge et à l'épigastre. La malade de plus en plus mélancolique, se sent devenir folle et demande son admission à l'asile. — Elle *n'a plus de sang*, elle *va mourir*, elle se tord les bras de désespoir, elle *refuse de manger* ou mange gloutonnement. Retirée au bout de quelques mois sans grande amélioration elle est bientôt ramenée avec une aggravation de tous les symptômes précédents. De plus elle gémit, pleure, se croit *damnée*, a commis *tous les crimes*, menace de tuer et dit en même temps qu'on est *trop bon* pour elle, qu'elle est une *malheureuse* qui ne mérite aucun des égards qu'on a pour elle. Refus d'aller au parloir par ce qu'on veut l'y *tuer*... Cette malade est toujours à l'asile. Les idées délirantes ont cédé mais elle reste mélancolique.

Ce n'est pas là non plus un délire des négations, mais une mélancolie avec idées de négation, d'indignité, de culpabilité qui s'enchevêtrent, procèdent les unes des autres et ont une part à peu près égale dans l'expression du délire. Je ferai même remarquer que ces idées de ruine, d'indignité, de culpabilité ne sont pas toujours négatives dans l'acception rigoureuse du mot. Sans doute elles indiquent un état dépressif de l'âme, mais de là à la négation systématisée il y a loin.

Ob. 5e. — Mme Ren..., lingère. — Pas d'hérédité connue. Entrée à l'asile en 1874. 56 ans. — Elle a déjà perdu la tête deux fois ;

la première il y a longtemps à la suite d'une frayeur, la folie a duré trois ans. La seconde au moment de la ménopause il y a sept ans, la folie n'a duré que quelques mois. Ces deux accès n'ont pas nécessité une séquestration, mais cette fois l'état est plus sérieux. La rechute a eu lieu soudainement dans son jardin. Cette femme un peu obèse s'est sentie étourdie en se baissant et s'est écriée : Mon Dieu je vais retomber comme j'ai déjà été ; c'était fait. — Mme R... souffre surtout de la tête et des épaules qu'on lui serre avec du bois et du fer. C'est un bandeau qui l'étreint, un poids considérable qui l'abat : ça lui tourne la tête, ça lui tord les nerfs, ses vêtements la gênent. Toutes ses sensations de contact sont cependant régulières et si l'on appuie sur ses épaules ou ailleurs elle ne sent pas un poids plus considérable que celui qui répond à la pression exercée. Mais l'état moral de la malade est déplorable. Jamais personne n'a souffert comme elle, elle ne *guérira jamais*. Affaissée sur elle-même elle pleure presque toujours, se tient immobile de peur d'augmenter ses souffrances, craint d'attenter à ses jours. Cette femme raisonne son état et la seule idée délirante qu'on puisse constater chez elle se rapporte aux sensations douloureuses qu'elle éprouve. Est-il vrai demande-t-elle que cela doive durer *mille ans?* Aussi prie-t-elle constamment pour qu'on la guérisse puisqu'elle ne peut *mourir*. S'étant trouvée mieux, elle est sortie jusqu'à trois fois de l'asile et est rentrée après une tentative d'incendie pour se détruire. Elle est dans un état de demi-stupeur dû à sa grande anxiété. Les hallucinations ont pris du corps ; un poids énorme pèse toujours sur ses épaules, tantôt elle n'a plus de *tête*, tantôt sa tête *tourne*, se *démanche*, *monte* et *descend* de ses épaules au plafond. Cette tête est faite d'*étoiles* qui comme des mouches *volent en l'air*, elle *marche seule et par morceaux*. On lui serre le cou, on le lui *décolle*. Ses bras sont *disloqués*. — La stupeur est chez elle plus apparente que réelle et est le résultat de la souffrance. Cette femme est maintenant à moitié paralysée du bras gauche. On ne la lève presque plus, parce que tout mouvement lui est extrêmement pénible. Bien qu'âgée de près de 75 ans elle n'est nullement en démence et sa santé générale reste assez bonne.

La façon brusque dont s'est faite la dernière rechute, alors que la malade s'est sentie étourdie en se baissant peut laisser

supposer qu'on n'a pas affaire ici à une simple vésanie, que les accidents sont sous la dépendance de quelque lésion des centres nerveux. La paralysie du bras gauche venue progressivement, semblerait aussi confirmer cette supposition. Mais ce n'est pas ici le lieu d'examiner une hypothèse que l'autopsie seule pourrait vérifier. Toujours est-il que voilà un délire composé exclusivement de la plupart des symptômes qu'on assigne au délire des négations : anxiété tentative de suicide, idées de destruction, de transformation, de séparation, de dislocation de certains organes (la tête, les bras) ; idée de durée indéfinie des souffrances, etc... — Il n'y a point il est vrai chez cette malade d'anesthésie et toutes les sensations sont régulières sauf celles de la tête. Elle n'a point non plus d'idées de damnation, mais il y a chez elle une perversion du sentiment de la pesanteur ; un poids énorme accable ses épaules en même temps que sa tête faite d'étoiles vole en l'air par morceaux comme des mouches. Deux sensations de même nature quoique exactement contraires dans leur expression.

Ob. 6e. — Lunier dans son grand travail sur l'influence des évènements de 1870-1871 sur les mouvements de l'aliénation mentale (*An. méd. psy.*) a cité le fait suivant qui lui a été communiqué par le Dr Payen. — B..., 42 ans, femme d'un gendarme parti pour la guerre, n'a plus de *bouche*, son *corps est d'air* : abandon complet d'elle-même, tristesse, insomnie, *refus d'aliments*, idées et tentatives de *suicide*. Les idées hypochondriaques persistent malgré le retour du mari ; tendance à la démence, *perte des sentiments affectifs*, aucune douleur : se nourrit et ne maigrit pas quoique elle en dise, mais s'affaisse et devient gâteuse. — Guérit cependant après quatre mois de traitement à l'asile d'Orléans.

On ne saurait nier encore ici la couleur négative des idées hypochondriaques qui obsèdent cette malade et pourtant je ne puis encore voir dans ce fait autre chose qu'une mélancolie de ce nom avec anxiété, telle qu'on l'observe si souvent dans les asiles.

Ob. 7e. — On doit aussi à Baillarger (*Gaz. des hôp.* 1856) la relation d'un fait fort curieux de folie hypochondriaque provoquée par des pertes séminales, par un régime débilitant et par des excès de travail. Ce fait aujourd'hui peut-être un peu oublié mé-

rite d'être rappelé. C'est le malade lui-même qui après guérison a écrit son histoire que je resume à grands traits. — 28 ans, instruction négligée d'abord, puis travail excessif pour réparer ce malheur. Toujours et pour toutes les choses de la vie, ce jeune homme est dans l'inquiétude la plus grande. S'il monte à cheval il se voit tombant et se brisant la tête sur des roches. L'idée d'un bateau éveille en lui celle d'un naufrage. A la campagne c'est un serpent qui le poursuit, il y en a jusque dans son lit. Il craint que dans sa chambre quelqu'un ne soit caché pour le poignarder et chaque soir il en fait minutieusement la revue. L'idée de la mort le poursuit sans cesse, il ne voit que cadavres, cercueils, convois funèbres; il assiste à son enterrement. L'idée du duel le fait frémir. Mille dangers le poursuivent ; s'il marche il va se casser bras ou jambes; il va devenir aveugle, il va mourir, etc... Dès qu'une idée s'empare de son esprit, il ne peut plus la chasser. Incapable d'un moment d'attention il lit tout un jour sans savoir ce qu'il lit et ne peut lire de tête comme tout le monde, il faut qu'il articule. Quand il parle il doit répéter sa phrase en lui-même avant que de l'exprimer, il a pour cela une langue dans l'estomac (hallucination psycho-motrice). La tête n'y est pour rien, son estomac seul travaille. Il deviendrait fou s'il le pouvait, mais n'ayant pas de *pensée naturelle*, de *pensée intellectuelle*, cela ne se peut... A cet état mental si complexe déjà se joignent d'autres symptômes physiques, mais ici je laisse la parole au malade. — « Il me semble que mes tempes se rapprochent, que ma tête est pressée, tiraillée comme par des cordes, ma vue est troublée. La gêne de ma respiration devient quelquefois telle que je crois étouffer, ce dont je me réjouis. Il y a comme une barre ou plutôt une main de fer qui me pèse sur le front. Le vent souffle, bourdonne dans ma tête *creuse*, ma peau est devenue excessivement *épaisse*, *endurcie*, *et sèche ;* ma transpiration s'est *supprimée*, mon corps me semble *de bois* ou au contraire comme de la *cire molle*. Je suis agité de tremblements nerveux, j'ai des picotements, des chatouillements dans l'estomac et dans la poitrine qui s'étendent au bras. J'éprouve je ne sais quoi de poignant que je ne peux définir et moins encore expliquer, comparable au remords qui ronge le damné sans le détruire. » Ce malheureux est de plus en proie à des conceptions délirantes qui naissent de la perversion de

ses sensations. Il ne pourra jamais *mourir*, il s'attribue les évènements funestes, les tremblements de terre, les poisons sont sans action sur lui...

Ce malade dont la tête est creuse, qui n'a plus de pensée naturelle, qui ne parle qu'avec la langue qui est dans son estomac, qui ne pourra mourir, présente bien des idées de négation. A cet ordre appartiennent encore certaines conceptions délirantes sensitives qui lui font croire que sa tête est pressée, tiraillée avec une main de fer, que sa peau est épaissie, endurcie, que son corps est de bois ou de cire molle, que sa transpiration est supprimée, etc. Ces perversions bizarres et multiples de la sensibilité générale qui sont comme le fond de tout délire hypochondriaque appartiennent presque toujours à l'ordre négatif et elles engendrent selon les circonstances des conceptions délirantes passives dans lesquelles les malades s'accusent eux-mêmes, ne s'en prennent qu'à eux-mêmes de leurs tourments, ou bien actives dans lesquelles il les rapportent aux autres et à des agents extérieurs. Ces derniers sont des persécutés qui peuvent être aussi passifs ou actifs selon qu'ils se résignent ou réagissent. Chez les premiers les idées de négation sont fréquentes, on pourrait même dire constantes. Chez les seconds elles sont plus rares et moins nettes d'ordinaire, mais il est presque toujours possible d'en démêler quelques-unes au milieu des idées de résistance, de combat, de vengeance qui dominent chez les persécutés actifs. Du reste le même malade peut présenter alternativement la passivité et l'activité. Ou bien encore il peut en quelque sorte scinder son délire, accepter passivement certaines persécutions, se regimber plus ou moins vivement contre d'autres, ce qui semble indiquer la communauté d'origine et de nature des idées de négation et de persécution.

Ob. 8e. — M. Bout..., 38 ans, pas d'hérédité, était sergent-fourrier des mobilisés pendant la guerre 1870-71; frayeur des Prussiens pendant l'occupation; excès alcooliques fait pendant la campagne; à eu cinq accès d'épilepsie ou épileptiformes quelques mois avant son admission à l'asile; il n'en a pas eu un seul depuis vingt ans qu'il y est. — Pendant les premiers mois de son séjour, le malade a présenté des intermittences de délire et presque de

raison, puis le délire est devenu continu. Cet homme se croit *mort* et mort sans confession. Il a été tué par un enfant qui lui a tiré un coup de pistolet dans le front et il fait toucher le point ou la balle a frappé. C'est toujours le même qu'il indique, bien qu'il n'y ait jamais eu aucune lésion appréciable au toucher ou à la vue. B..., se masturbe beaucoup ; il a quatre épingles en croix dans la verge ; on l a dépouillé et l'on a remplacé ses os par des *morceaux de bois*. Ce n'est plus sa peau, c'est du *cuir*. La pile électrique lui ratatine les nerfs ; çà le pique au bas, çà le tire la nuit comme pour aller à la guillotine ; il est transformé en *pierre* et comme de *marbre* ; on lui injecte les parties avec de l'eau de guimauve. Une autrefois, B... dit qu'il n'a plus de *membres*, qu'il a les *yeux tirés*, qu'il reste au lit parce qu'on va le guillotiner, qu'il sent sa *peau s'en aller*, qu'il est *pourri* en dedans, qu'il a un poids de 80 kil. à la verge. — Ce n'est plus lui qui parle, c'est la *lampe* suspendue au plafond et il se tient en extase devant cette lampe. Il n'y a pas de troubles appréciables de la sensibilité de la peau. — Ce malade mâche tout ce qu'il trouve, cailloux, fragments de verre, il se croit empoisonné, mais surtout tué par un enfant. Souvent il déchire ses vêtements, se découvre, tire sa verge parce qu'il y a toujours quatre épingles en croix. Il est peu à peu devenu d'une malpropreté extrême, s'enfonce la tête dans les latrines. Sa femme, alors qu'elle vivait, avait pour lui les plus touchantes attentions, elle venait souvent le voir et le faisait même sortir, jamais elle n'avait de difficultés pour le rentrer, mais il a fini par ne plus la reconnaître. Depuis plusieurs années déjà la démence est complète, il ne parle presque plus. — B..., avait la manie d'écrire. Voici quelques fragments de ses nombreuses correspondances qui reflètent bien la forme et la nature du délire. Les idées de persécution et de négation se mêlent à tout instant : « Un crime horrible a été commis sur une personne : on me tire par les trippes. Je suis un vrai martyr de la liberté vraie du peuple et malgré mes incroyables souffrances, je pense à mes amis Français et Prussiens, car je suis entraîné par le grand volant d'une machine à vapeur tel qu'un lourd chariot et pour m'entraîner on m'a saisi par la verge... Croyez-moi Majesté (le roi de Prusse), ma lettre n'est pas d'un fou. Un jour viendra ou Dieu vous délivrera des embarras du monde, car vous n'ête›

pas venu à mon secours pauvre martyr de la férocité des gendarmes qui ai été rempli de liquide, de morphine, d'acide sulfurique... Je vous supplie Majesté (la reine d'Angleterre cette fois), ou m'a lié, serré avec une violence inouïe les endroits les plus sensibles du corps et forcé de manger du cancer... Jamais je n'avais été aussi brutalement broyé, anéanti. On a eu la cruauté de faire de mon corps un crible à poison, etc... »

Nul doute que ce malade ne soit un hypochondriaque, mais il est aussi négateur et persécuté. Seulement en raison de la double évolution du délire, les idées de négation présentent presque toutes un caractère d'extériorité qu'on ne leur trouve pas d'ordinaire dans le simple délire hypochondriaque. La folie ne consiste d'abord que dans quelques troubles intermittents de mélancolie simple, hypochondrie morale de M. J. Falret; puis ils deviennent continus et le délire se corse. Le malade est mort, mais il n'est pas mort naturellement on l'a tué d'un coup de pistolet. Ce n'est donc pas en lui-même qu'il trouve cette idée, il la rattache à une cause extérieure et il en est de même de la plupart de ses autres conceptions délirantes. On l'a dépouillé, on a remplacé ses os, sa peau, on lui a mis des épingles dans la verge, on y a attaché un poids de 80 kil., on l'a empoisonné, on le tire la nuit, on va le guillotiner. Ce sont bien là des idées de persécution. Rien de tout cela ne s'est fait spontanément, on le lui a fait. A part cette différence toutes ces idées ont la plus plus grande analogie avec celles de négation. Mais il se trouve aussi d'autres conceptions délirantes qui n'ont pas leur point de départ dans l'exteriorité, qui se passent bien en lui-même ; il n'a plus de membres, il sent sa peau s'en aller, il est pourri en dedans. Ce sont là des idées franchement hypochondriaques et toutes négatives. Il en est de même de celle qui a rapport à son changement de personnalité qui lui fait supposer que n'existant plus il est passé dans la lampe du plafond. Ce malade est donc à la fois un négateur et un persécuté passif d'abord, mais qui a tendance à passer à l'activité, car il réagit dans une certaine mesure. Trop accablé pour tenter de lutter lui-même, conscient de son impuissance, il cherche à intéresser de grands personnages à ses souffrances. Ses lettres au roi de Prusse et à la reine d'Angleterre ne sont autre chose que des suppliques désespérées qu'il leur adresse pour être délivré par eux de ses

persécuteurs. Ainsi comme je le disais tout à l'heure, les trois formes, délire négatif ou hypochondriaque, délire des persécutions passif, délire des persécutions actif peuvent se rencontrer chez le même malade. Ce fait me paraît se rapprocher beaucoup des deux dernières observations de Cotard dans lesquelles on trouve aussi des idées de persécution très manifestes, qui dans l'une d'elles tendent même à supplanter les idées de négation.

Ob. 9e. — Bl..., 44 ans ; hérédité chargée : père ayant eu des troubles intellectuels ; cousine maternelle morte folle ; cousin paternel imbécile, est lui-même alcoolique ; opinions politiques exaltées qui, il y a vingt ans, avaient déjà déterminé chez lui quelques troubles cérébraux ; fièvre typhoïde dans son enfance, entre à l'asile le 14 octobre 1891. — La folie a débuté par des idées de grandeurs. B.... voulait être riche et devenir un grand personnage. Pendant quelque temps, il eut l'idée fixe de tuer quelqu'un parce qu'il devait se procurer ainsi un héritage de 200,000 francs. Ces idées mégalomanes cédèrent et furent remplacées par un état d'esprit tout opposé. — B.... devint d'un caractère sombre et taciturne, recherchant la solitude ; depuis un mois environ, on s'apercevait d'un changement dans ses habitudes. Il sollicitait un emploi d'ouvrier menuisier et quand il l'obtint, il refusa, disant qu'il n'avait plus besoin de pourvoir à son existence. Bientôt survinrent des idées d'indignité et de damnation et il refuse de manger pendant plusieurs jours. — A l'asile, il s'accuse d'avoir commis tous les crimes, notamment des abus de confiance, il a fait payer des notes qui ne lui étaient pas dûes et en a majoré d'autres ; il est un *indigne*, il est *damné*, il n'a plus besoin de *rien*, il ne faut pas qu'on le *soigne*, il ne peut pas *manger*, car il est un *mort vivant*. A plusieurs reprises, il a tenté de se crever les yeux et s'est fait aux paupières des plaies assez sérieuses avec de petits morceaux de verre, débris de vitres cassées qu'il trouvait dans les cours. Plusieurs fois, j'ai dû lui faire attacher les mains pour éviter des accidents plus grave. Un matin, je le trouve étendu nu sur son lit ; il faut pourtant que cela finisse, me dit-il. Vous voyez bien que je n'ai *plus de sang*, que c'est de l'*air qui est dans mes veines*, que tout cela *n'est rien*, il se frappe diverses parties du corps. Je lui fais quelques fortes piqûres avec une épingle pour lui prouver

qu'il a encore du sang. Mais il est ischémique à ce moment et le sang ne paraît pas. — Vous voyez bien que je n'ai plus de sang, vous pouvez continuer, il n'en viendra pas. — L'insensibilité à la douleur est absolue. — Je n'ai plus de *cervelle*, plus de *cœur*, plus d'*estomac*, plus de *boyaux;* tout ce qu'on met là-dedans y reste, depuis que je suis ici, je n'ai été que deux fois à la selle, c'est plein maintenant et d'ailleurs je ne peux plus manger, le passage est *bouché*, je n'ai plus de *gorge*. — Mais, lui dis-je, je déboucherai le passage et je vous ferai manger à la sonde. — Et bien après, vous l'avez déjà fait, à quoi que cela sert puisqu'il n'y a plus rien là-dedans.... Je lui parle de ses yeux : *Je n'en ai pas, c'est du verre*, si c'étaient des yeux, je serais venu à bout de les crever et de les arracher, etc... Il demande qu'on le mette au fond d'un cachot bien noir et bien profond, il n'a mérité que cela.

Ce sont bien là des idées négatives et elles sont nombreuses, qui, à l'instar de celles qu'on rencontre si souvent chez les hypochondriaques, portent toutes sur la personnalité. Cependant ce malade n'est ni un hypochondriaque ni un anxieux. Ce n'est pas davantage un persécuté, car il n'accuse ni les hommes ni les choses, il n'en veut ni aux personnes ni à quoi que ce soit. Il n'est pas même certain qu'il s'en prenne à lui de son piteux état, il n'en cherche pas la cause, il le constate et le subit, voilà tout. C'est là, ce me semble, de la mélancolie pure. Ce qui est aussi à remarquer dans ce fait, c'est la marche insolite qu'a suivie ce délire d'indignité qui a succédé à des idées ambitieuses et de grandeurs. Il est plus ordinaire, je crois, d'observer une évolution inverse.

Ob. 10e, Mme Bour...., 33 ans, journalière. — Sans tare héréditaire, assure-t-on; est à l'asile depuis trois ans. — Cette femme était folle depuis un an, mais ses accès étaient intermittents et elle était tranquille. Cependant l'excitation maniaque devint de la fureur et on dut l'enfermer comme dangereuse. — Partout elle voyait des ennemis, elle frappait les personnes qui l'approchaient et plusieurs fois elle a failli tuer sa fille. — A l'asile, elle est dans un état de prostration extrême, accroupie dans un coin, la tête enfoncée dans ses genoux, gardant le mutisme le plus complet; on a la plus grande peine à lui faire accepter quelques aliments. Mais elle sort soudainement de sa torpeur pour se jeter sur les malades ou

sur les sœurs, déchirer ou briser ce qui se trouve à sa portée, vociférant, mais sans jamais parler; puis elle retombe dans son anéantissement. Sa santé finit par s'altérer. Pendant plus de quatre mois, elle dut garder le lit. Les crises de violence disparurent peu à peu et l'état mélancolique lui-même s'amenda. — Ce fut alors seulement que je pus connaître le fond de son délire. Elle est une indigne, dit-elle, et mérite tous les mépris, car elle a été violée par ses frères dès l'âge de seize ans, elle a été avec des chiens, avec tous ceux qui ont voulu d'elle, il ne lui reste rien de malpropre à faire. — Toujours triste et obsédée par son délire, elle s'occupe cependant et se nourrit. Elle a même conscience de son état antérieur et dit qu'elle aurait tué ses enfants si on ne les lui eut arrachés. Elle s'en inquiète beaucoup et voudrait retourner chez elle pour voir comment cela se passe, puis revenir. Son mari et ses filles viennent de temps à autre la voir, elle les reconnaît, mais *ce n'est pas eux*, ce n'est que leur *ressemblance*, leur *ombre* et elle refuse de sortir avec eux, ne voulant pas s'en aller avec un autre que son mari.

Il n'y a ici qu'une seule idée négative bien manifeste, elle est extérieure et prend une forme qui n'est pas très rare. Certains malades refusent de reconnaître leurs proches; c'est leur figure, c'est leur voix et cependant ce n'est point eux; mais il est plus rare que cette idée soit isolée comme dans ce fait où elle ne paraît pas se rattacher à la forme du délire; c'est ce qui m'a engagé à le faire connaître. A remarquer aussi que l'idée d'indignité n'est point ici une idée négative. Elle découle tout naturellement du délire qui obsède cette femme. Elle pourrait avoir des idées de damnation, se croire en enfer, sans qu'il y eut encore là rien de négatif. Cette remarque pourrait même s'appliquer à l'observation précédente dans laquelle le malade ne se dit indigne et damné que parce qu'il croit avoir commis des fautes graves. Dans les cas de cette sorte et ils sont loin d'être rares, les idées de ruine, d'indignité, de damnation et toute autre de même ordre ne sont pas des idées de négation, elles seraient plutôt des idées de châtiment, de punition.

Ob. 11[e], M. Lauru..., 44 ans. — Il s'agit ici d'un vieux maniaque, très agité, très incohérent, très halluciné, qui est à l'asile de-

puis dix-sept ans, sans que son état ait beaucoup changé. Bien qu'un peu plus calme, il n'a jamais un instant de raison, mais il n'est pas encore en démence. — Ce matin même (17 juillet), en ouvrant la porte de sa cellule, je trouve étendus avec beaucoup de soin sur le parquet sa blouse, son pantalon, ses bas, de manière à figurer avec art une personne couchée sur le dos. Je lui demande ce que cela signifiait. — Vous savez bien que je *suis mort*, me dit-il, que je suis *noyé*, que j'ai un canard sur la tête, puisque je suis noyé, j'ai le droit d'avoir un canard sur la tête. Vous savez bien que nous sommes tous *noyés*, ici ; ce n'est pas *moi qui vous parle*, c'est vous-même qui vous parlez en moi : *je ne suis plus rien*, *je n'existe pas*.... Une heure plus tard, je retournais voir le malade pour constater mieux ces idées de négation de son existence que je ne lui connaissais pas encore, mais il n'en restait plus rien. — Je ne me souviens pas, me dit-il, vous savez bien que nous sommes tous fous. — Je retrouvai purement et simplement mon maniaque.

Il m'a semblé intéressant de signaler ces idées passagères de destruction de la personnalité dans une forme de la folie, où l'on ne s'attend guère à la rencontrer et que je dois au hasard d'avoir pu constater.

J'ai, comme tous les médecins d'asile, rencontré des malades qui n'ont pas de nom, pas d'âge, pas de parents, pas de domicile, pas de profession, qui ignorent le jour de la semaine, le lieu où ils se trouvent, etc... Ce sont bien là des idées de négation par excellence. Ces malades ne sont cependant pas tous des negateurs dans l'acception spéciale qu'on doit donner à ce mot. Les uns sont, en effet, de simples amnésiques qui nient parce qu'ils ne se souviennent pas et non parce qu'une conception délirante leur a fait perdre la notion du réel. Leurs négations ne sont, du reste, pas très formelles ; ils répondent : je ne sais pas, je ne me souviens pas, plutôt que je ne veux pas ou que cela n'est pas. D'autres refusent de répondre ou bien nient parce qu'ils ne comprennent plus, par suite de l'obnubilation de leur intelligence. Chez ceux-là aussi, la conception délirante négative fait defaut et si l'on obtient d'eux quelque réponse, elle est rarement bien précise. — Il en est qui nient plus catégoriquement et de parti pris, pour se soustraire à des questions qu'ils regardent comme indiscrètes ou qui les fatiguent, par

esprit de contradiction, d'opposition, ou pour tout autre motif. Leurs réponses ne sont, pas plus que chez les précédents, dictées par une conception délirante qui les obsèdent et à laquelle ils ajoutent sincèrement foi. Ce ne sont pas encore là, ce me semble, de vrais négateurs. — Il en est d'autres, enfin, qui nient parce qu'ils sont convaincus que ce dont on leur parle n'existe pas. Ils ont plus ou moins perdu le sens cénesthésique et n'ont plus dès lors une conscience suffisante d'eux-mêmes ; par suite ils ont aussi perdu en partie celle de leurs rapports avec le monde extérieur. Ce monde leur etant devenu étranger, ils peuvent croire qu'il s'est anéanti ou qu'il n'a jamais existé. Ce sont ces malades, presque toujours hypochondriaques, qui se disent morts ou qui ne sont pas nés, qui ne sont rien, qui n'ont pas eu de père, qui n'ont pas d'organes ou dont les organes ont été changés, transformés, pour lesquels il n'y a plus rien. Ce n'est guère que chez eux que les conceptions délirantes sont assez obsédantes pour déterminer une grande anxiété et assez systématisées pour les porter à douter de tout, de leur propre existence, de celle des objets et des personnes qui les entourent, de celle des êtres abstraits, de la pensée, de Dieu, de tout ce qui est métaphysique, pour en annihiler même toute notion. Ce sont là, je crois, les vrais négateurs. Toujours est-il qu'on ne saurait englober cette catégorie de malades avec les précédentes. Les idées de négation se constatant dans des états psychiques divers, il semble au moins difficile d'en faire la caractéristique d'une espèce morbide homogène et bien distincte.

Si l'on rapproche mes observations de celles du mémoire de Cotard et de celles du rapport de M. Camuset, on leur trouvera je crois une grande analogie. Ce sont les mêmes idées délirantes qu'on y rencontre, groupées à peu près de la même façon, nées à peu près aussi dans les mêmes circonstances des mêmes désordres psychiques et sensitifs. Les idées de negation s'y développent sur un fond commun, sur un état mélancolique et elles semblent prendre d'autant plus de consistance que la mélancolie est plus profonde. C'est que cette maladie n'est autre chose qu'un état négatif, ce qui avait eté pressenti avant Griesenger, mais ce qu'il a le premier bien fait remarquer. « La disposition négative de l'esprit, dit-il, y donne un sujet et un fond aux penchants et aux impulsions de la volonté... L'humeur prend un caractère tout à

fait négatif (répulsion). » Cotard qui cite ces passages plus au long, semble même surenchérir puisqu'il ajoute sans faire de restriction « les aliénés sont généralement négateurs ». La négation n'est donc pas spéciale à certains états melancoliques, à quelques-unes des formes de cette affection. Elle peut être plus développée, plus apparente dans les unes que dans les autres, mais on l'y trouve toujours. C'est un caractère générique et dès lors il ne semble pas qu'elle soit de nature à servir de base à une division.

Sans doute on peut en faire à l'infini dans la grande famille des mélancolies, car ces affections se présentent sous les formes les plus variées, ce qui permet d'en multiplier les espèces. Dans tout état mélancolique il y a des troubles émotionnels, du sentiment et de la volonté ; il y en a d'intellectuels, il y en a de la sensibilité et de la motricité. Selon la manière dont ils se combinent, le mélancolique prend des aspects bien différents. Les expressions diverses que lui donnent ces troubles ne sauraient cependant constituer autant de maladies distinctes. Si des subdivisions sont utiles pour ce classement et pour l'étude de groupes de faits qui se présentent avec des caractères communs et bien définis, n'est-il pas aussi à craindre qu'en admettant un trop grand nombre d'entités secondaires on ne perde un peu de vue les rapports généraux que les faits ont entre eux et qu'on ne fasse ainsi des espèces artificielles assez mal limitées et dont la création pourra dès lors ne pas paraître à tous suffisamment justifiée.

Le délire des négations me semble n'être qu'un épisode du délire mélancolique dont il fait toujours en quelque sorte partie intégrante. S'il est plus nettement accusé chez certains malades et dans certaines formes (mélancolies anxieuse et hypochondriaque), il n'en est pas moins certain que des idées négatives se rencontrent aussi dans les autres états melancoliques et que la mélancolie la plus simple est déjà en elle-même un état négatif. La marche assignée par Cotard au délire des négations ne diffère pas sensiblement de celle de la mélancolie ordinaire. C'est au début la même intermittence, la même tendance aux rechutes, plus tard comme chez tous les mélancoliques le délire devient continu, puis chronique, se systématise sur quelques points et finalement conduit à la démence. Comme la plupart des mélancoliques aussi, les négateurs sont des héréditaires. Toutes les observations

qu'il donne comme type de ce délire m'ont paru des cas de mélancolie anxieuse ou hypochondriaque, quelquefois aussi des cas mixtes, dans lesquels les deux formes se fusionnent ; ou bien encore ce sont des paralytiques généraux à forme hypochondriaque comme dans les cas étudiés par Baillarger, ou bien enfin des persécutés dont le délire n'est pas encore très systématisé et qui gardent encore plus du caractère du mélancolique que de celui du véritable persécuté. Les observations du rapport de M. Camuset ainsi que celles que je viens de produire sont de même nature.

Quelque remarquable que soit la description de Cotard et quelque attachante qu'en soit la lecture, elle n'a pu me convaincre qu'il y eut là une forme morbide spéciale assez nette pour être détachée des grandes formes généralement admises, mélancolie simple, mélancolie avec hypochondrie, avec anxiété, avec stupeur. Une bonne partie du memoire est consacrée à la différenciation des idées de persécution et des idées de négation. Ce parallèle écrit dans un excellent esprit clinique est d'une exactitude rigoureuse. Il met bien en évidence les caractères qui séparent le délire des persécutions des autres délires mélancoliques et justifie par cela même l'œuvre de Lasègue. Il établit que, quoique nées d'une souche commune, les idées de persécution ne tardent pas à se différencier nettement de celles de négation, que toutes deux suivent une voie divergente, que dès que les premières se sont suffisamment systematisées elles impriment une physionomie toute particulière à la maladie qui par sa marche comme par ses symptômes se spécialise et mérite dès lors de former une espèce distincte. Mais rien n'indique qu'il en soit de même des idées de négation qui même lorsqu'elles se systématisent fortement, ne modifient point ou que très peu, le fond mélancolique qui leur a donné naissance. Pour établir le bien fondé d'une disjonction nouvelle dans les mélancolies, il eut mieux valu sans doute, que les faits détachés de ces affections eussent été opposés à ceux qu'on y a maintenu plutôt qu'à ceux retirés déjà et reconnus comme constituant un groupe bien à part.

Séance du Mardi 2 Août

PRÉSIDENCE DE M. TH. ROUSSEL

SOMMAIRE : Du secret médical en médecine mentale : Rapport par M. Thivet. — Observation par M. Rouby. — Discussion : MM. Parant, Giraut, Vallon, Charpentier, Doutrebente, Garnier, Thivet, Régis, Voisin, Riu.

La seconde séance du Congrès est ouverte à neuf heures.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Thivet pour le compte-rendu de son rapport sur le secret médical en médecine mentale.

M. THIVET. — Messieurs, la question du secret médical est sans contredit une des plus difficile à résoudre pour le praticien, surtout en médecine mentale. Aussi n'ai-je point la prétention d'aplanir ces difficultés ; mon but est simplement de mettre en lumière quelques points délicats, inhérents à notre profession, sur lesquels j'ai l'honneur d'attirer votre attention.

L'usage veut qu'un rapport se termine par des conclusions ; le mien n'en a pas. J'ai pensé qu'il y avait tout intérêt à attendre à cet égard le résultat de votre discussion, si toutefois vous estimez que la question soit assez mûre pour que des conclusions puissent être prises, et je me suis borné à examiner un certain nombre de ces cas que j'appellerais volontiers des cas de conscience et dans lesquels l'interprétation de l'article 378 du code pénal me paraît susceptible de recevoir quelques éclaircissements.

La question qui se présente le plus fréquemment et sous des formes les plus diverses au médecin aliéniste est celle du mariage des aliénés ou de leur descendance. L'aliéné mis en cause peut être franchement guéri ou dans une intermittence ou simplement en rémission, mais incurable. Aux demandes des intéressés devons-

nous opposer un refus formel de trahir le secret médical ou bien devons-nous garder ce secret d'une façon relative ? Pour M. Brouardel, le secret médical est toujours inviolable, quand bien même la famille du malade nous aurait donné par écrit la liberté de parler ; il en donne la raison suivante : une vérité relative ne peut que tromper la personne qui nous interroge et la vérité absolue va souvent au-delà de ce que la famille a cru autoriser à dire.

Pour d'autres auteurs le secret ne peut être absolu, l'intérêt de la race humaine devant primer celui de l'individu. Dans quelles limites alors sera-t-il relatif.

D'autres fois, les deux conjoints étant parfaitement sains, ce sera sur les ascendants, soupçonnés de folie, que des questions seront posées. Le médecin qui a eu à traiter les ascendants internés doit-il se taire toujours, alors que son silence peut susciter l'idée d'un état plus grave que la réalité ou celle d'une séquestration arbitraire.

Enfin dans le même ordre d'idées, nous nous demandons si nous devons la vérité absolue au mari lorsque sa femme est internée et réciproquement, nos déclarations pouvant permettre à celui qui administre les biens de l'aliéné de surveiller d'autres intérêts que ceux qui lui sont confiés.

La question du secret médical se pose également à l'égard des observations cliniques que nous publions dans les journaux médicaux et dans les revues consacrées à la pathologie mentale. Le cas du docteur R... relaté dans mon rapport n'est pas unique, et il me paraît urgent d'établir les limites dans lesquelles nous pouvons publier les documents relatifs à nos malades sans enfreindre la doctrine du secret professionnel et sans nuire aux progrès de la psychiâtrie.

Relativement à la presse extra scientifique, le médecin d'asile peut encore éprouver quelque embarras. On sait combien le reportage s'est fait encombrant depuis quelques annees en ce qui concerne les aliénés. Les représentants de cette presse toujours à l'affût des séquestrations arbitraires sont d'ailleurs renseignés souvent par des intermédiaires qui leur communiquent nos rapports adressés à l'administration. Parfois même la source de leurs informations nous échappe. Devons-nous leur opposer un

refus formel ou pouvons-nous dans une certaine mesure donner satisfaction à leur curiosité ?

M. Rouby. — Il n'est pas question ici d'attaquer l'article 378 relatif au secret médical : nous ne nous en plaignons pas et nous ne demandons pas qu'il soit effacé du code.

En ce qui concerne son application en médecine mentale sans m'étendre sur tous les sujets que la question comporte, je voudrais seulement chercher avec vous si dans deux circonstances, cet article est applicable, ou plutôt s'il doit être appliqué toujours, et dans quelles mesures il doit être appliqué.

Ces deux circonstances sont les suivantes :

1° Lorsque publiquement vous êtes accusé par le malade de séquestration arbitraire et que vous parlez pour vous défendre ;

2° Lorsque les faits que vous relatez ont une telle notoriété que le secret n'existe plus et que vos paroles ou vos écrits n'apprennent plus rien à personne. Je puis parler de ces choses en connaissance de cause, j'ai payé pour les apprendre : *Experto crede Roberto.*

1° Les médecins n'ont pas, comme tout le monde, le droit de légitime defense.

Lorsqu'un individu est attaqué sur une grande route par un malfaiteur, il peut rendre coup pour coup; s'il blesse et même s'il tue son adversaire il est couvert par l'article 321 du code « le meurtre ainsi que les blessures et les coups sont excusables s'ils ont été provoqués. »

Pour nous, Messieurs, il en est tout autrement. Si un malade ou quelqu'un des siens nous accuse d'un crime, comme de l'avoir séquestré, s'il tente de nous déshonorer en plaidant contre nous devant un tribunal, en publiant des articles mensongers dans les journaux, en nous calomniant dans le public par tous les moyens possibles, nous n'avons pas le droit de repousser ces attaques. Si, pour protéger son honneur, le médecin veut prouver que son malade était reellement aliéné ; si, pour répondre aux calomnies il veut dévoiler la vérité; si, pour parer les blessures morales, plus cruelles que des plaies physiques, il veut opposer le dossier et l'observation du sujet, il n'a pas, lui, un article équiva-

lent au 321 pour lui venir en aide ; il tombe, au contraire, sous le coup de l'article 378 du code. Il doit supporter les blessures sans rendre les coups ; s'il essaye de se défendre, la loi est là pour le frapper et l'accabler. Alors, le médecin est enveloppé dans ce dilemne : s'il ne répond pas, le public interprète son silence comme un aveu de culpabilité ; s'il répond, il peut être condamné en vertu de la loi du secret professionnel.

2° Si, dans les cas connus de violation de secret médical il y avait eu réellement violation du secret, on comprendrait l'accusation ! Mais, ce secret, Messieurs, permettez-moi le mot, est celui de polichinelle. Nous en avons eu des exemples fameux : le malade, la famille, les amis, tout le monde parlent de l'aliéné, citent son nom en toutes lettres. Les journaux en sèment la nouvelle dans les villes et les villages de France, dans tous les coins de l'Europe et du monde entier. Les moindres symptômes de folie, les faits et gestes les plus intimes du malade sont immédiatement relatés, commentés, disséqués et portés au maximum de publicité. Au milieu de ce tapage seul le médecin n'a pas le droit d'ouvrir la bouche. Ces symptômes de folie, ces faits racontés, publiés par des centaines de personnes, si le médecin les décrit à son tour il peut être déclaré coupable et condamné en vertu de la loi.

Le médecin aliéniste est-il donc tenu au secret médical dans ces deux cas : lorsque le secret est dévoilé par d'autres, et que accusé il est empêché par le secret professionnel de défendre ses actes. Prenons pour discuter, un exemple qui est resté présent dans votre mémoire : celui du baron Sellières. Lorsqu'il fut interné après les actes d'aliénation que l'on sait, tous les journaux s'occupèrent de lui et menèrent une campagne de bruits autour de son nom, les causes, les symptômes de la maladie, les faits les plus intimes concernant l'aliéné et sa famille furent racontés, expliqués, avec un luxe inouï de détails ; jamais on ne se servait d'initiales pour le désigner, c'était toujours et partout le baron Sellières.

En même temps qu'aucun secret n'était gardé, sur le malade, on entreprit d'attaquer son médecin, notre très honorable collègue, le docteur Falret, que sa haute probité et sa grande science dans l'aliénation mentale auraient dû mettre au-dessus de tout soupçon.

Ce fut avec une fureur impossible qu'on l'accusa de séquestration : le baron Sellières n'était pas fou, disaient les journaux et le docteur Falret se prêtait à de honteuses intrigues de famille ayant pour but de lui enlever sa fortune. Je ressens encore et vous ressentez comme moi, Messieurs, l'indignation éprouvée en lisant ces articles. Enfin la question fut portée par interpellation devant la Chambre, et ministres et députés livrèrent tous les secrets médicaux de cet important malade. Ce fut à la suite de cette séance que le docteur Falret se défendit de ces ineptes calomnies en disant la vérité. Dans une réunion de la Société médico-psychologique il éleva la voix; il déclara que le baron Sellières était un véritable aliéné et il décrivit les symptômes de la maladie, qui motivaient le diagnostic et nécessitaient l'internement. Les applaudissements unanimes et plusieurs fois répétés de tous nos collègues en aliénation mentale lui donnèrent raison et le lavèrent de tout soupçon. Il n'en est pas moins vrai que le docteur Falret, ce jour-là se mit sous le coup de l'article 378 du code. Si, le baron Sellières mis en liberté, si un membre de sa famille, si, un procureur de la République, avaient porté plainte contre lui, il aurait été condamné. La loi aurait écarté tous ceux qui avaient violé le secret du nom et de la maladie, les auteurs du scandale inouï de publicité autour d'un malade, et n'aurait retenu qu'un seul coupable, n'aurait frappé qu'un seul homme : le médecin, qui, pour sa défense n'avait dit qu'un seul mot de vérité, et le plus honnête de tous ceux qui avaient parlé aurait seul subi la dureté du code. L'application stricte de la loi aurait produit cette injustice.

En 1887, je fus accusé de violation de secret professionnel dans des circonstances identiques à celles du baron Sellières. (J'ouvre une parenthèse pour dire que, la note qui fut publiée dans les *Annales médico-psychologiques* et qui est rapportée dans le rapport sur les questions du programme par M. le Dr Thivet, est fausse en grande partie. Cette note envoyée et payée à divers journaux, notamment au *Temps*, par la malade elle-même qui était en cause, fut copiée telle quelle par la rédaction des *Annales*.) Tous, Messieurs, nous avons un intérêt immense à n'être ni accusés ni même soupçonnés de séquestration arbitraire. Il ne faut pas qu'il y ait le plus léger doute sur note manière de faire à cet égard. Le devoir des journaux d'aliénation mentale comme

des autres feuilles médicales est d'aller au fond de tous les faits rapportés par les gazettes, d'y apporter la lumière et de montrer à tous que le public se trompe ou est trompé. Or, d'après la note que vous avez entre les mains, ma malade n'aurait pas été aliénée, du moins l'aliénation faisait doute ; j'aurais été coupable non-seulement de violation du secret médical, mais encore d'une chose plus grave, de séquestration arbitraire.

Tous autres sont les faits que je vais vous exposer brièvement. Il est nécessaire de les connaître exactement pour pouvoir discuter en connaissance de cause. La personne qui fait le sujet de cette observation avait été conduite en consultation à Paris, en 1881, à Legrand du Saule; celui-ci avait fait un certificat dans lequel je copie les phrases suivantes : « Impulsions dangereuses. Il y a lieu de la placer immédiatement dans une maison de santé. » Quatre mois après, en 1882, on place la malade chez le docteur Luys.

C'est le médecin de la malade, professeur dans une école de médecine, qui fait le certificat d'entrée. Au mois d'avril 1883, elle sort par évasion de la maison de santé d'Ivry. Je passe sur les faits qui ont motivé de nouveau son internement, je ne citerai que le dernier. Elle est arrêtée par la police d'une ville de Suisse et conduite en prison. Tout d'abord ce n'est pas dans mon établissement qu'elle est internée, c'est bien à Dôle, mais dans l'asile départemental du Jura. C'est le médecin en chef des hospices de la ville qu'elle habite qui a signé le certificat d'entrée. Elle reste dans l'asile départemental du mois d'octobre 1886 au mois de mai 1887, époque où elle est transférée dans ma maison de santé. Le directeur de l'asile départemental du Jura signe le certificat de transfert fortement motivé. Elle est internée dix jours chez moi seulement ; j'avais à peine eu, par conséquent, le temps de l'observer. Ce n'est donc pas contre moi que l'accusation de séquestration aurait dû être portée.

Après sa sortie, Mme X... introduisit une requête auprès du tribunal de Dôle pour obtenir la constatation de sa guérison et dire qu'elle avait été séquestrée arbitrairement. Le tribunal de Dôle nomma trois médecins, dont le directeur de l'asile de Dijon, pour examiner l'état mental de Mme X..., laissée en liberté. Les médecins, dans leur rapport, conclurent ainsi : « Madame X... est

aliénée; elle est dangereuse pour son mari, si elle est laissée en liberté, elle doit être éloignée de lui et surveillée étroitement. »

Au vu du rapport, le tribunal de Dôle declare que Mme X... étant toujours malade, il rejette sa requête de mise en liberté. C'est le contraire de la note imprimée dans les journaux et dans le rapport du docteur Thivet, que vous avez entre les mains et ainsi conçu : « Ces trois médecins déclarèrent que Mme X... ne devait pas être réintégrée dans la maison de santé, son état ne présentant aucun danger pour la société. »

La malade fit appel de ce jugement devant la Cour de Besançon : celle-ci déclara qu'elle n'avait pas à juger si Mme X... était aliénée ou non, mais que du moment où elle était en liberté depuis plusieurs mois, il fallait pour la séquestrer de nouveau, renouveler les formalités ordinaires d'entrée.

C'est au milieu de ces circonstances qu'eut lieu le procès en violation de secret professionnel. La maladie de Mme X..., dont le mari occupait une des plus hautes positions dans la ville de X..., était connue de presque tous les habitants. A un moment donné, avait eu lieu entre les deux époux un procès en divorce commencé puis abandonné par Mme X..., procès qui avait attiré l'attention sur eux. A différentes reprises, le commissaire central et les commissaires de police avaient dressé des procès-verbaux à la suite de scènes scandaleuses; l'arrestation et la mise en prison de Mme X... dans une ville de Suisse, avaient fait un certain bruit; enfin, on peut dire que toute la ville connaissait ou pouvait connaître son internement.

Dans le fait de Mme X. ., il n'y avait donc rien de semblable au cas d'une personne dont la maladie est ignorée de tout le monde, dont l'internement est soigneusement dissimulé et qui peut rester plusieurs moïs en traitement dans une maison de santé et même en sortir sans que la chose transpire dans le public de la ville où est domiciliée la personne malade. La malade elle-même qui faisait un tel procès voulait-elle au moins que ce secret sur sa maladie soit gardé ? Nullement. Pendant les quatre mois qui suivirent sa sortie de ma maison de santé, Mme X... s'occupa d'avoir une affaire à sensation ; elle chercha et trouva un avocat bruyant ; elle ne négligea rien pour attirer sur elle l'attention du public ; elle était heureuse de faire le plus de bruit possible autour de son nom. En

même temps que le secret était éparpillé à tous les vents de la publicité, une grave accusation d'internement arbitraire était lancée contre nous par Mme X... et ses amis, beaucoup de personnes jugeant son état d'esprit par les apparences, nous donnaient tort. Le tribunal de Dôle, dans son premier jugement, en n'ordonnant pas immédiatement la réintegration et en déclarant que la malade resterait libre pendant le temps de l'examen, préjugeait la question et semblait dire que pour lui il y avait présomption de séquestration. Quelques jours après son évasion, Mme X... avait un avoué et un avocat à Dôle, un avoué et deux avocats à Dijon, un avoué et un avocat à Besançon. Cette armée d'hommes de loi avait été levée par elle dans le but déclaré de nous attaquer comme coupable de séquestration. Le motif avoué de sa demande, d'obtenir officiellement sa sortie de la maison de santé, n'était qu'un prétexte.

Telle était la situation, lorsque j'entrepris de publier mon mémoire. D'une part, aucun secret n'avait été gardé sur la maladie de Mme X... ; d'autre part, une accusation de séquestration se faisait jour dans le public contre moi, et contre le mari de la malade. Je regardais ce mémoire comme le seul moyen de me défendre. Dans cette observation, que vous avez pu lire, la malade n'était désignée que par l'initiale de son nom, mais on pouvait par quelques désignations de villes et surtout par les qualités du mari, reconnaître facilement Mme X... J'eus le tort ainsi de me mettre sous le coup de la loi, mais la vérité est que je n'aurais employé que l'initiale X, toutes les personnes interessées auraient compris de qui je voulais parler. Dans mon mémoire, je cite le fait de l'arrestation et de la mise en prison de Mme X..., en Suisse, fait que je ne pouvais pas omettre puisqu'il fut une des principales causes de l'internement de la malade. Or, ce fait, connu de toute une ville, aurait suffisamment désigné la personne, lors même que j'eus pris grand soin de la masquer entièrement par des initiales inconnues.

Mon observation parut au mois d'octobre 1887, pendant que Mme X... était en observation et avant le dépôt du rapport des trois médecins. Ce ne fut donc pas pour répondre à leur conclusion qu'il fut écrit. Je l'envoyai sans exception à tous les membres du tribunal de Dôle, de Dijon, de Besançon. Parmi ces derniers,

chose piquante, plusieurs qui devaient plus tard me condamner, m'envoyèrent leurs cartes avec des félicitations et quelques-uns avec des mots charmants qui prouvaient qu'ils avaient lu mon mémoire avec beaucoup d'attention, mais n'avaient vu alors, aucun secret médical violé ! Le procureur de la République de Dôle le reçut aussi, et le lut sans se douter qu'il se trouvait en presence d'un délit relevant de son ministère. Pendant six mois, aucun magistrat ne trouva qu'il y avait violation de secret professionnel. Ce fut quand Mme X.., appela du jugement de Dôle devant la Cour de Besançon, que son avocat se fit le dénonciateur de mon mémoire et demanda des poursuites qui furent ordonnées par M. le procureur général.

Deux faits prouveront combien même parmi les membres du tribunal, on tenait peu au secret et combien les juges mêmes auraient été sous le coup de la loi, s'ils avaient été astreints comme nous, médecins, au secret professionnel. En effet, il semblerait, puisqu'il s'agissait de secret à garder, que pour entendre les plaidoiries et les interrogatoires, le huis-clos fût de rigueur. Non seulement il ne fut pas prononcé, mais des invitations furent lancées, des billets de places distribués et c'est devant un public nombreux, choisi, devant une salle comble, que l'avocat de Mme X... étala tous les symptômes de la maladie de sa cliente, sous prétexte de combattre mes conclusions.

Comme si cette publicité ne suffisait pas, le tribunal de Dôle ordonna outre l'amende et les dommages-intérêts, l'insertion du jugement dans six journaux de la région, c'est-à-dire la divulgation complète du secret.

Ainsi, tandis que la folie de Mme X..., par mon observation, n'était connue que par des médecins, des magistrats, des personnes intéressées à la question, et connaissant déjà l'état mental du sujet, le procès, par la publicité donnée à la séance, par la plaidoirie tapageuse de l'avocat, livrait à toute une ville le secret d'une maladie; de plus, le jugement du tribunal, si la Cour ne l'avait pas réformé, livrait ce secret en pâture à tous les lecteurs de journaux de trois départements.

Avant de terminer l'histoire de mon procès, je veux soulever une dernière question à son sujet. Un mari, dont la femme est internée, a-t-il le droit d'autoriser le médecin à ne pas tenir

compte du secret professionnel médical en ce qui concerne la maladie de sa femme?

Un malade ordinaire aurait le droit de permettre cette divulgation, un malade interné pour aliénation ne peut l'avoir, le mari, tuteur légal, peut-il le donner?

Or, dans mon cas particulier, M. X... m'avait apporté dans le but d'aider à la composition de mon mémoire, tous les renseignements, notes, lettres, pièces officielles concernant la maladie de sa femme. Il était heureux de cette preuve imprimée qui démontrait la nécessité de l'internement. Avant de le faire imprimer, je lui avais apporté mon travail, pour qu'il vérifiât l'exactitude des faits décrits, et dans sa déclaration comme témoin, M. X... dit formellement avoir donné l'autorisation d'imprimer et de distribuer la dite brochure.

Outre le fait du baron Sellières et celui qui me concerne, je veux citer le fait divers suivant, tiré du numéro du *Petit Journal* du mercredi 27 juillet 1892. Il date de cinq jours, mais vous en trouverez de semblables presque chaque jour dans les journaux: « Prétendue séquestration. On a fait grand bruit hier autour d'une « séquestration dont aurait été victime un rentier fort riche, in- « terné dans une maison de santé par ordre de sa famille. Les ren- « seignements que nous avons recueillis établissent tout au con- « traire que ce malheureux, du nom de *Baclet*, *demeurant quai* « *Henri IV*, est atteint de folie religieuse très caractérisée. Le « rapport qui conclut à l'état de démence de M. Baclet est de deux « princes de la science, MM. les docteurs Charcot et Voisin, qui « ont ordonné le transport dans une maison spéciale. Il a été « interne au mois de novembre dernier, *chez M. le docteur Motet*, « *rue de Charonne*. L'état de M. Baclet ne s'est pas amélioré depuis « et le pauvre homme qui se croit en relations directes avec Dieu « et la sainte Vierge, refuse de manger. On a dû se servir de la « sonde œsophagienne pour lui faire prendre des aliments néces- « saires à son existence. »

Ce fait divers relaté par un journaliste ne tombe pas sous le coup de la loi, celui qui l'a écrit ne sera ni poursuivi, ni accusé, ni condamné. Ajoutez une phrase au commencement de cet article, sans y changer un seul mot du reste et dites: le docteur Charcot nous écrit ceci.

Immédiatement tout change : le docteur Charcot tombe sous le coup de la loi et peut être condamné à plusieurs milliers de francs d'amende et même à quelques semaines de prison. Qu'est-il donc arrivé ? Les mêmes choses ont été dites : ce sont les mêmes phrases, les mêmes mots, les mêmes virgules ; qu'est-ce qui produit donc la culpabilité, c'est donc notre robe de médecin qui nous rend coupable et il suffit de l'ôter pour être assuré de l'impunité. Il y a dans ce cas quelque chose qui révolte nos sentiments d'égalité devant la loi et il semble qu'un médecin ne peut être puni pour le même fait qu'un journaliste vient de commettre impunément.

Mais supposons que M. le docteur Charcot ou M. Motet réponde à cet article de journal pour confirmer ou rectifier les faits, tombera-t-il sous le coup de la loi ? Certainement, si un procureur veut l'appliquer ; ce fut le cas du docteur Watelet, mais il n'est pas moins vrai que dans ce cas le secret médical n'aura pas été violé.

Ces choses dites, revenons à l'application de l'article 378 ; nous venons de dire qu'il y a des différences considérables de culpabilité pour violation de secret médical suivant qu'il est connu de tous, de quelques-uns, ou suivant que le médecin seul en est le dépositaire ; dans l'application de la loi ne devrait-on pas tenir compte de ces différences, et de même que la loi ne punit pas de la même peine l'homme qui tue pour voler et l'homme qui tue son adversaire en duel, elle devra punir de peine très différente le médecin qui s'est mis sous le coup de la loi. Autant elle devra frapper sévèrement celui qui aura vraiment violé le secret médical, autant elle devra être large et indulgente, lorsque déjà ce secret médical aura été divulgué par d'autres que par lui ; enfin, la loi ne devrait pas être appliquée si l'histoire est devenue publique, sans qu'il y ait eu de la faute du médecin et si le médecin en parlant n'a rien appris que tout le monde ne sache déjà. Y a-t-il dommage pour le malade ? Appliquez la loi. Le dommage n'existe pas ? Laissez dormir le code.

Comment la loi devrait-elle être appliquée lorsque le médecin a violé le secret médical pour se défendre d'une accusation de séquestration arbitraire ? Nous allons le voir.

L'entrée d'un malade dans un asile ou une maison de santé

devrait être une chose secrète au premier chef, et nous savons combien les familles tiennent à ce que la maladie reste secrète et ne soit pas connue du public. Or, à l'entrée d'un malade dans un établissement, la loi de 1838 nous force à violer le secret professionnel. En effet, nous envoyons les copies des certificats médicaux dans les divers bureaux des sous-prefecture et préfecture. Ces pièces vont de là au Parquet et au greffe ; elles sont notifiées au maire du domicile du malade. Voilà par conséquent un secret médical au premier chef qui est divulgué avec la connivence de la loi à une douzaine de personnes au moins.

Pourquoi ce fait qui semble tout d'abord anormal ?

Parce que dans sa sagesse, la loi a reconnu qu'il y avait un intérêt supérieur à ce que toutes les garanties possibles soient donnees pour éviter une séquestration arbitraire ; la loi a placé l'intérêt supérieur de la liberté individuelle au-dessus de l'interêt du secret médical ; la loi a dit : qu'importe que l'existence de la maladie que le medecin devrait seul connaître soit notifiée à quelques personnes ; nous voulons au contraire que les symptômes de la maladie soient bien exposés pour être verifiés par plusieurs ; nous voulons qu'aucun cas de séquestration arbitraire ne soit possible et, pour ce but supérieur nous négligeons, nous abolissons le secret professionnel.

Pour l'affaire Sellières le fait s'est produit : si un ministre, si des députés ont pu en séance publique, devant toute la France, par conséquent, lire les certificats des médecins et discuter les symptômes décrits par eux en violant leur secret, c'est que le même intérêt supérieur apparaissait : l'intérêt supérieur de sauvegarder la liberté personnelle, l'intérêt supérieur de rassurer le public inquiet en prouvant que le baron Sellières avait été interné parcequ'il etait réellement aliéné, l'intérêt supérieur de prouver par cet exemple, à toute la France qu'aucune séquestration arbitraire ne pouvait se faire. Dans ce cas comme dans le precédent on a raison de ne pas tenir compte du secret médical et de dire toute la verité.

En ce qui me regarde, Messieurs, mon mémoire avait le même but ; démontrer qu'il n'y avait pas eu séquestration arbitraire, les juges n'ont pas tenu compte de cet intérêt supérieur, de même

qu'ils n'avaient pas tenu compte de la notoriété des faits que j'avais relatés.

Je pense qu'il résultera pour nous, Messieurs, que dans beaucoup de cas, l'article de la loi relatif au secret professionnel n'est pas applicable ou du moins ne devrait pas être appliqué lorsque nous sommes en droit de légitime défense ; les faits comme celui du baron Sellières le démontrent pleinement, en l'absence d'un article 321 qui excuse les blessures et les coups s'ils ont été provoqués, il semble que les tribunaux devraient excuser dans une large mesure des faits analogues dans l'ordre moral.

M. Parant (Toulouse). — A mon avis, pour le médecin aliéniste, par suite des mesures légales exigeant la production et la consignation sur divers registres des certificats médicaux, le secret professionnel n'existe plus. Ce sera pis encore avec la loi nouvelle, qui au lieu d'un simple certificat exige un rapport détaillé. Cependant, bien que le secret médical n'existe pas pour l'aliéniste, celui-ci est tenu cependant de se conduire comme s'il existait.

M. Giraud (Rouen) fait observer que le médecin aliéniste ne peut pas être dégagé du secret médical aussi facilement que le pense M. Parant, et la plupart des questions, posées par M. Thivet, doivent être résolues dans le sens du secret.

Ainsi, un aliéné guéri ou considéré comme tel, demande une jeune fille en mariage et la famille de la jeune fille vient interroger le médecin qui a soigné le malade. Le médecin est tenu au secret, car il n'y a pas de distinction à faire en pareil cas, au point de vue de la loi, entre la folie et les autres maladies.

Les divers faits cités par M. Thivet, faits dans lesquels le médecin se serait trouvé placé entre la loi qui commande le secret et la conscience qui pousse à ne pas garder le secret, ne viennent pas infirmer la règle générale. Prenons, par exemple, le cas cité d'après Casimir Pinel : Un père de famille sachant que M. X... a été traité, antérieurement, dans une maison de santé, lui donne, néanmoins, sa fille en mariage, et après qu'une catastrophe s'est produite, exprime le regret de n'avoir pas demandé l'avis du médecin qui avait soigné M. X... Ce fait n'a rien de commun

avec le secret médical, puisque le médecin n'a pas été consulté et, dans tous les cas, les personnes s'adressant à l'aliéniste qui a soigné un malade doivent savoir qu'elles interrogent un homme n'ayant pas qualité pour leur répondre.

Quand nous sommes depositaires d'un secret, nous devons le garder, mais nous ne sommes pas responsables des indiscrétions qui peuvent être commises en dehors de nous. Si un membre de la famille divulgue, à des étrangers, la présence d'un aliéné à l'asile, nous n'avons pas à nier un fait que nous n'avons pas révélé. Nous devons, seulement, être assez prudents pour ne pas nous laisser jouer par des gens habiles qui nous interrogent afin de nous faire confirmer un fait dont ils ne sont pas certains.

La loi du 30 juin 1838, en vue de fournir des garanties à la liberté individuelle, a voulu que les aliénés traités dans les asiles fussent visités par des magistrats de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire, et il tombe sous le sens que le secret cesse d'exister vis-à-vis des personnes désignées à l'article 4 de la loi. De même, nous ne pouvons pas dissimuler à l'administrateur provisoire l'existence d'un aliené, ni lui refuser des renseignements sur la situation de cet aliéné. Les mesures nécessaires pour sauvegarder les biens de l'aliéné peuvent varier suivant que le malade est curable ou incurable, et dans le premier cas, suivant que la guérison est probable dans un avenir plus ou moins rapproché. Nos renseignements sont nécessaires pour permettre le fonctionnement de la loi.

Devons-nous dire toute la vérité à la famille ? Nous le pouvons et nous le devons souvent. La famille qui confie un malade aux soins du médecin aliéniste sait que le malade est aliéné ; le secret n'existe donc pas en ce qui concerne le diagnostic, pourquoi persisterait-il en ce qui concerne le pronosctic ? Le secret médical ne peut pas être scinde. Il est, ou il n'est pas. On pourrait nous reprocher, à juste raison, d'avoir, dans ces conditions, dissimulé à une famille la gravité de la situation du malade confié à nos soins.

En ce qui concerne les observations publiées dans un but scientifique, on peut très bien concilier le secret médical avec l'intérêt de la science. A ce point de vue, il n'y a aucune différence à faire entre les asiles publics et les asiles privés. Le médecin a les

mêmes devoirs vis-à-vis des indigents et vis-à-vis des riches et M. Thivet a eu raison de dire que la distinction faite par Casimir Pinel n'était pas soutenable.

M. Thivet a abordé la question des rapports du médecin d'asile avec la presse. Les journalistes sont assez indiscrets de leur nature pour que nous soyions très-méfiants à leur égard. Les communications faites à un reporter sur l'état d'un aliéné sont des violations du secret médical au premier chef. Mais d'un autre côté, nous ne sommes pas responsables des indiscrétions qui sont commises malgré nous et en dehors de nous. Ainsi, nous sommes chargés de l'examen d'un prévenu; nous déposons notre rapport médico-légal au greffe. Si une indiscrétion est commise ensuite par un de ceux qui ont eu le dossier de l'accusation entre les mains, nous restons hors de cause. Et, à ce propos, il ne faut pas toujours se hâter de crier à l'indiscrétion. On peut citer le fait suivant : au cours d'une expertise médico-légale, un journal publiait les prétendues conclusions du rapport des experts. Or, aucune communication verbale n'avait été faite au journal et la première ligne du rapport n'était pas encore écrite. Le journaliste avait inventé la nouvelle de toutes pièces et il avait joué de malheur, car les experts déposèrent à l'audience en sens diamétralement opposé à ce que le journal en question avait annoncé.

M. Thivet n'a pas abordé certains points où le secret médical est en jeu. Un aliéné mourant dans un asile peut avoir contracté antérieurement une assurance sur la vie. La compagnie demande un certificat du dernier médecin traitant, faisant connaître les causes de la mort. Si le médecin de l'asile délivre ce certificat, il révèle, en même temps, que le malade était aliéné, et on doit, pour ne pas violer le secret médical, refuser le certificat. On peut, aujourd'hui, opposer un refus avec d'autant moins de scrupule, que des décisions judiciaires sont intervenues. Les tribunaux ont jugé que le médecin traitant ne pouvait pas être contraint de délivrer un certificat faisant connaître les causes de la mort de son client, et que les compagnies d'assurances, en cas de refus de ce certificat par le médecin, devaient, néanmoins, payer la prime.

Comment doit être faite la déclaration à l'état-civil dans le cas d'accouchement d'une fille-mère à l'asile? Peut-on déclarer l'enfant né de père et mère inconnus? Le cas s'est présenté à Saint-

Yon. Le maire de la commune n'a pas accepté la déclaration *père et mère inconnus*, en objectant que la déclaration ne devait pas être exacte et qu'on devait connaître le nom de la mère. Le procureur de la République, à qui on en référa de suite, fut d'avis que le nom de la mère devait être donné à l'état-civil.

M. VALLON (Villejuif) — Un côté intéressant du secret professionnel, pour le médecin d'asile, est celui qui a trait à la correspondance du malade avec le dehors. De nos jours, on veut que l'aliéné, placé dans un établissement spécial, ne soit pas retranché du reste de la société ; qu'il puisse correspondre avec ses parents, avec ses amis. L'interdiction complète d'envoyer des lettres serait évidemment trop absolue, constituerait une mesure exagérée. D'autre part, une trop grande liberté dans la correspondance, peut offrir des inconvénients graves et pour le malade et aussi pour le médecin.

Le malade, ne se rendant pas du tout compte de sa situation, peut faire connaître son état d'aliénation mentale à des gens que, jouissant de ses facultés mentales, il n'aurait pas voulu prendre pour confidents, et auxquels il laisse ainsi des documents établissant à tout jamais qu'il a été aliéné.

Les inconvénients ne sont pas moins graves pour le médecin, qui peut se voir poursuivi, dans la suite, par son malade, lui reprochant justement, de ne l'avoir pas empêché d'envoyer ses lettres, de ne pas l'avoir protégé.

M. CHARPENTIER. — La violation du secret professionnel, quand elle n'est pas determinée par un intérêt personnel, ne doit pas trop nous émouvoir, car dans ces conditions, elle n'entraîne jamais de poursuites à notre égard. L'article 378 est très rarement appliqué, ce qui doit nous rassurer. On peut nuire en violant le secret médical, mais ce secret professionnel n'est qu'une varieté du secret en général, qui lui-même n'est qu'une forme du devoir, or la connaissance du devoir implique la comparaison entre les services rendus et le mal qui peut résulter du même acte. Il convient d'examiner les services du médecin aliéniste en tant que fonctionnaire ou dans sa clientèle privée. La violation du secret médical de la part du médecin d'un asile diminue graduellement

d'importance depuis que les asiles sont de plus en plus ouverts au public.

Dans la clientèle privée, j'ai été parfois embarrassé, par exemple, à propos de domestiques ou d'employés ayant présenté des troubles mentaux et auxquels il s'agissait de conserver ou de ne pas conserver la place ; aussi pour des instances en divorce, il est nécessaire d'être entièrement prudent et réservé dans ces conditions ; il existe enfin certaines formes de folie telles que le délire de persécution, la folie morale, la manie raisonnante, à propos desquelles il serait utile dans l'intérêt social de permettre au médecin de révéler à l'autorité judiciaire ou autre, l'existence de ces formes de folie qui, parfois méconnues volontairement ou involontairement de la famille, deviennent une source de dangers. Un article de loi dans un des anciens projets de révision de la loi de 1838, aurait été proposé dans ce sens, mais il n'a plus été reproduit dans les autres, il y a là une lacune à combler et de même que le médecin est autorisé à déclarer l'existence d'une maladie infectieuse, le médecin aliéniste devrait, dans certains cas, être autorisé à signaler à l'autorité l'existence de certains aliénés capables de devenir dangereux.

M. Doutrebente. — Pour la rédaction des observations médicales et leur publication, il me paraît difficile de concilier le secret médical avec l'intérêt scientifique. Une foule de détails, ou présumés tels, ne peuvent être négligés ou supprimés ; les antécédents personnels ou héréditaires, l'examen généalogique morbide ne sauraient être éliminés dans nombres de cas. Dans une étude de ce genre, faite en 1868, sur les conseils de mon illustre maître (Morel de Saint-Yon), j'avais fabriqué des noms étranges pour dépister les indiscrets ; il y a eu des gens qui se sont reconnus, alors qu'il s'agissait d'une autre famille ! A propos de l'observation de M. X... citée par M. Thivet, dans laquelle M. Giraud trouve que, à tort, *certains détails* ont été publiés, je suis à me demander ce qu'il faut supprimer dans cette observation ; *certains détails* sont accumulés pour donner à l'observation son cachet d'origine, son authenticité et, par suite, sa valeur clinique ; l'observation tronquée pourrait devenir banale, elle ne pourrait plus être contrôlée, en cas de besoin, par un contradicteur, dont l'argumentation, alors

consisterait à faire remarquer son peu d'importance, par suite de l'absence des *certains détails* incriminés.

Dans bien des cas, notre embarras est grand ; ce matin même, j'ai reçu d'un avoué, poursuivant, dit-il, l'interdiction d'un malade, et me demandant un certificat circonstancié sur papier timbré. J'ai hésité un instant pour savoir si je répondrais, et, ne sachant que faire, j'ai profité de ce qu'il n'avait pas mis de timbre-poste pour la réponse pour me dispenser d'en faire une.

M. Garnier. — Il résulte du rapport de M. Thivet que, dans certains cas, nous serions tenus au secret absolu et que, dans certains autres, laissés à notre appréciation, nous aurions le droit de parler.

Pour moi, je suis un partisan décidé de l'inviolabilité du secret, quelles que soient les conditions dans lesquelles il se présente. Il n'y a pas de circonstance à mes yeux qui nous relève de ce secret, et rien ne serait plus dangereux, à mon sens, que de permettre à chacun de nous d'analyser et de discuter les conditions dans lesquelles il peut parler.

Nous ne pouvons d'abord jamais nous flatter de connaître tous les éléments de la question ; nous sommes impressionnés surtout par les conséquences immédiates de notre silence et nous oublions qu'il peut y en avoir d'autres plus éloignées qui nous échappent et dont nous pourrions un jour être rendus responsables. Le secret médical est d'intérêt social. Dans la pratique, cet intérêt peut se trouver en contradiction avec les intérêts particuliers, ceux du médecin ou ceux du malade. Dans les deux cas, il doit être absolu ; mais, contrairement à l'opinion exprimée, tout à l'heure, par M. Rouby, c'est surtout quand son intérêt personnel est en jeu que le médecin doit avoir le courage de se taire.

A propos des observations, on peut ainsi résumer les obligations du médecin : scientifiquement, le fait doit être individualisé ; mais socialement, il faut tout faire pour lui donner un caractère impersonnel.

Quant aux divulgations de la presse, il y a une différence sensible entre elles et les affirmations d'un homme de l'art.

M. Thivet. — Je remercie M. Garnier des observations fort

judicieuses présentées par lui sur les différents points que j'ai traités dans mon rapport; mais il m'est difficile d'admettre que le médecin puisse partout et toujours observer le secret professionnel; sa conscience peut dans certains cas (s'il s'agit d'un membre de sa famille par exemple), lui imposer, malgré tout, le devoir de parler; et le meilleur souhait que nous puissions former à ce égard, c'est de n'être pas soumis à pareille alternative.

M. Régis. — En matière de secret médical, on ne peut pas codifier, mais poser seulement des indications générales.

J'ai consacré à ce point un chapitre de la seconde édition de mon *Manuel des maladies mentales.* J'ai examiné la conduite à tenir, lorsqu'on est consulté sur les chances d'hérédité de la famille, à propos de mariage d'aliénés. Lorsqu'on est consulté par les intéressés, la famille, il n'y a pas de secret médical ; si c'est par des étrangers, il faut se munir d'une autorisation écrite de la famille avant de parler. Il en est de même lorsqu'on vous demande des renseignements sur des malades internés dans votre établissement. Quant à la correspondance des malades, on doit envoyer les lettres, à moins qu'elles ne soient insignifiantes, aux personnes prévues par la loi, et à elles seules. Pour le reste de la correspondance, on doit préalablement s'entendre avec les parents du malade sur le nom des destinataires qu'elle autorise.

M. Thivet. — En ce qui concerne les visites dans l'établissement et les demandes de renseignements, le médecin se trouve souvent sollicité par des personnes qui sont ou se disent parents plus ou moins éloignés du malade; je demande alors à M. Régis quel degré de parenté il exige pour satisfaire à ces demandes, ou en d'autres termes, ce qu'il entend par famille du malade?

M. Régis. — Les seuls parents immédiats.

M. Auguste Voisin (Paris). — 1° Je suis partisan du secret absolu dans la pratique de la médecine mentale, mais je pense qu'il y a moyen d'empêcher des mariages funestes, par l'union d'individus qui présentent une tare héréditaire. De même, pour la tuberculose, le médecin doit s'efforcer d'empêcher des unions qui ne

peuvent être que néfastes. Les nombreux cas d'hérédité fatale de l'aliénation mentale nous y autorisent, et nous pouvons le faire sans violer le secret médical.

J'en fais souvent l'application dans ma consultation : lorsque je suis prie de donner mon avis, je fais demander au médecin ordinaire de la famille de venir me parler. Nous nous réunissons une fois, deux fois, nous demandons quelques renseignements, et j'arrive ainsi à provoquer dans l'esprit des familles l'idée du doute. — Le doute obtenu, la situation est sauvee. Il est certain qu'il est nécessaire d'apporter dans ces entrevues de la discrétion, de la prudence et du tact, mais le succès en est la conséquence.

2° Quant à la publication d'observations, je pense qu'il ne faut jamais donner les prénoms et initiales, ni les dates de la naissance des malades.

Je me suis fort bien trouvé de cette précaution, dans une circonstance qui ne sortira jamais de ma memoire. Le cas a été publié dans l'*Union Médicale* de 1872; il était relatif à une malade qui avait participe pendant la Commune à l'incendie de la bibliothèque de la cathédrale de Bourges. Peu après cette publication, un commissaire de police, avec lequel j'etais lie, pour lui avoir rendu de notables services, se présenta chez moi, accompagné d'un monsieur que je sus depuis être son secrétaire, et il me demanda de lui dire le nom de la malade. Je ne me laissai pas entraîner à lui répondre affirmativement. En raison de nos relations amicales, je me retranchai derrière le secret médical. — L'affaire n'eut pas de suite.

3° Il est un dernier point sur lequel je vous prie de me laisser encore la parole. Vous lisez de temps en temps, dans les journaux, l'histoire de tel ou tel aliéné dont le nom est donné avec la désignation de la maison de santé où il est interné, et la détermination de sa maladie.

Soyez convaincus, Messieurs, que ce n'est pas le médecin directeur de la maison, ni les médecins qui ont signé les certificats de placement, mais que ce sont des membres de la famille de l'aliéné qui ne sont pas d'accord avec les autres, et qui peuvent avoir interêt à la sortie de l'aliéné pour le capter et s'emparer de ses biens.

Ces membres dissidents donnent alors des indications à des journalistes pour susciter un mouvement d'opinion.

Ce sont ces personnes, qui violent le secret et qui rendent les journalistes complices de cette violation. Aussi, pour qu'il soit bien établi que ce ne sont pas les médecins qui ont violé le secret médical, je demande que le Procureur de la République poursuive ces journaux.

On saura ainsi que les médecins n'ont pas transgressé la loi.

Ma conclusion, est que le secret médical est absolu.

M. Riu (Orléans). — Lorsqu'il arrive, ainsi que le fait s'est encore présenté dernièrement, qu'une malade accouche dans l'asile et que je me trouve obligé de déclarer la naissance, je déclare les père et mère inconnus.

La séance est levée à midi.

Séance du Mardi 2 Août.

Présidence de M. Théophile Roussel.

SOMMAIRE : Troisième question : Les colonies d'aliénés. — Rapport présenté par M. Riu. — Discussion : MM. Féré, Pichenot, Christian, Bourneville, Deschamps, Deny, Marie, Charpentier, Samuel Garnier, Bouchereau, Doutrebente.

La troisième séance du Congrès est ouverte à deux heures.

M. le Président donne la parole à M. le Dr Riu, rapporteur.

M. Riu, rapporteur, après avoir rappelé le vœu exprimé par le Congrès de 1889 sur la création des colonies agricoles à proximité et non distinctes des asiles, vœu émis à la suite des communications de MM. Baume et Taguet, présente quelques considérations sur les avantages de ces créations au point de vue du bien-être même de l'aliéné soumis à une vie active et régulière, et de l'extension de l'assistance à un plus grand nombre d'individus, par suite des bénéfices produits par le travail des malades venant alléger le poids des charges départementales.

Il conclut en proposant de voter les deux conclusions suivantes :

1° Etablissement des colonies agricoles annexes aux asiles toutes les fois que ce sera possible ;

2° Adoption du système d'asiles médico-agricoles à la périphérie, partout où les circonstances le permettront, lorsqu'il y aura lieu de créer un nouvel asile.

M. Ch. Féré. — La tradition enseigne qu'en France, le pa-

tronage familial des aliénés et la colonisation ne peuvent pas être pratiqués dans les mêmes conditions que dans les pays voisins. M. le rapporteur a adopté sur la colonie de Gheel l'opinion peu favorable émise il y a plus de trente ans par M. J. Falret. En supprimant purement et simplement l'histoire pourtant assez instructive de la colonie de Lierneux, il ne fait que suivre l'exemple de l'auteur d'un autre rapport lu au Congrès d'assistance publique en 1889, et il a obéi je pense au désir de ne pas choquer l'opinion générale. Je respecterai ses scrupules et je ne lui opposerai pas des descriptions et des faits déjà souvent répétés (1); j'en éprouve d'autant moins le besoin que je n'ai jamais eu pour but de convertir des incrédules, mais simplement de provoquer un essai pratique; or, ce but est atteint puisque le Conseil général de la Seine vient de voter l'établissement à Dun-sur-Auron (Cher), d'une colonie familiale de cent déments séniles. Il ne reste maintenant qu'à juger l'épreuve.

Un des reproches qui ont été faits à l'assistance dans les familles repose sur la mortalité relative. Ce reproche peut trouver un appui dans une erreur qui s'est glissée dans les comptes-rendus du Congrès de médecine mentale de Paris, qui attribue à la colonie de Lierneux une mortalité de 25 à 20 pour cent. C'est cette erreur que je tiens à rectifier en donnant la statistique de la colonie depuis sa fondation. Ces chiffres montreront d'ailleurs le développement de l'institution.

	POPULATION			DÉCÈS	
	Restants.	Entrées.	Total.	Total.	Percentage.
1884			26	0	0
1885	26	94	120	4	3,83
1886	109	81	190	16	8.42
1887	152	79	231	20	8,65
1888	181	100	281	35	12,45
1889	218	76	294	32	10,88
1890	235	39	274	29	10,58
1891	228	126	354	24	6,77

Si on veut bien remarquer qu'une des statistiques les plus

(1) *Le patronage familial des aliénés.* (*Revue scientifique* du 4 novembre 1887). *L'assistance des aliénés dans les maisons privées en Ecosse.* (Id. 1888 1er décembre). *Du traitement des aliénés dans les familles.* (Alcan, éditeur 1889). *Le patronage familial des aliénés et le patronage des aliénés guéris.* (*Revue scientifique* 1890.)

favorables (1), celle de la mortalité des malades au-dessus de 10 ans, faite pour les asiles d'Ecosse par M. Arthur Mitchell, donne 8,3 pour cent, on voudra bien reconnaître que la statistique de Lierneux n'est pas trop décourageante.

M. Pichenot. — L'opportunité d'annexer des colonies agricoles aux asiles d'aliénés est aujourd'hui hors de toutes contestations : aussi le principe en est-il accepté partout et par tout le monde.

En ce qui concerne l'installation d'une telle dépendance, il convient de juger : 1° de l'importance qu'on doit lui donner ; 2° du nombre d'aliénés que l'on peut compter y occuper ; 3° de la distance à laquelle elle doit être située.

L'expérience enseigne que pour un asile de 600 aliénés une colonie de 60 hectares en moyenne suffit ; une superficie de 80 à 100 hectares et plus dépasserait le but, car il importe à tous points de vue qu'un asile conserve les caractères d'une institution médicale et ne dégénère pas en exploitation culturale tendant outre mesure aux bénéfices à réaliser. Le travail doit être pour les malades un traitement physique, une distraction hygiénique, mais non une fatigue exagérée.

Une population de 600 aliénés, composée par moitié d'hommes et de femmes, si le personnel est assidu à les occuper, peut compter comme travailleurs 40 pour cent chez les hommes et 35 pour cent chez les femmes. Sur une population de 600 on pourrait donc relever en moyenne 240 individus aptes à se rendre utiles. La grande majorité de cet effectif est nécessaire à l'asile même, pour le jardinage, les ateliers, les services généraux et les soins d'intérieur : le reste peut être déversé à la colonie ; mais en général il y a lieu d'y occuper un nombre d'aliénés moins important qu'on n'est porté à le croire et cela dans l'intérêt du bon ordre et du succès de l'installation.

Ceux qui sont appelés à prendre part à l'exploitation doivent se partager en deux catégories : les uns qui forment la partie à demeure et permanente de ses ouvriers, les autres la partie flottante.

Les premiers pour une ferme de 60 hectares suffisent au nombre

(1) H. Tuke. *A Dictionary of psychological medicine*, 1892, p. 1202.

de 25 à 30. Il est nécessaire qu'ils soient choisis avec soin, qu'ils soient inoffensifs et sans tendances à s'évader. Ils sont chargés des occupations d'intérieur et d'entretien ainsi que des travaux journaliers de la ferme.

Les autres y sont conduits en plus ou moins grand nombre suivant les besoins et surtout à l'occasion des travaux les plus importants. Ils comprennent des aliénés moins dociles, moins éprouvés que dans le premier cas, des malades en convalescence pour qui le travail en plein air et une liberté moins restreinte qu'à l'asile sont de la plus grande utilité.

Les femmes peuvent difficilement être employées dans une colonie agricole en raison de la promiscuité des hommes ; cependant quelques-unes qui inspirent toute confiance n'y sont point déplacées comme aides de cuisine ou de basse-cour.

A quelle distance de l'asile proprement dit doit être située la colonie agricole ? Il faut sur ce point distinguer deux cas suivant que l'asile est situé à la campagne ou bien qu'il touche à la ville au point d'en faire pour ainsi dire partie.

Dans le premier il est d'un véritable intérêt que la colonie et l'asile soient d'un seul tenant aussi bien au point de vue des avantages de l'exploitation agricole que sous le rapport de la commodité du service et de la surveillance.

Dans le second où l'asile touche à la ville, il y a grand intérêt à ce que la colonie en soit éloignée à une certaine distance ; car rapprochés d'un centre de population, les aliénés qui y seraient occupés subiraient des entraînements multiples qui nuiraient au bon ordre et au succès de l'entreprise. Telle est précisément la situation de l'asile d'Auxerre, où je me trouve actuellement et cette question des colonies agricoles m'intéresse d'autant plus qu'en ce moment il y a projet d'en créer une pour compléter l'organisation de cet établissement.

Actuellement en effet les terrains de culture se trouvent réduits à 9 hectares dont 5 en vignes et 4 en culture maraichère au centre desquels sont placés les bâtiments affectés aux aliénés aux services généraux et ateliers divers, le tout entouré de murs de clôture et limités par des chemins non déclassables. Cette propriété est insuffisante non seulement pour les besoins premiers du service alimentaire de l'établissement, mais aussi pour occuper les

malades curables ou incurables qui sont à même de pouvoir travailler. Notre population oscille aujourd'hui entre 590 et 600. Aussi le besoin de créer une colonie agricole s'est-il fait sentir pour donner plus d'importance à l'établissement et cette idée présentée au Conseil général fût acceptée en principe, restait à la résoudre de la façon la plus avantageuse.

Un commencement d'exécution fut tenté il y a plusieurs années déjà par le Dr Rousseau et consista en achats de gré à gré ou par voie d'expropriation de terrains morcelés confinant l'asile ; mais les exigences des propriétaires, la nature des terrains qui, privés d'eau d'arrosage ne pouvaient, entre autres avantages, être transformés en prairies indispensables à un établissement de ce genre, enfin la proximité de ces terres avec la ville, furent autant de raisons très valables pour faire abandonner ce premier projet.

Dès son arrivée à Auxerre en 1890, M. Lapointe, directeur, médecin actuel, pour qui un asile sans colonie agricole est incomplet, se préoccupa de cette question et tous ses efforts tendent aujourd'hui à une solution dans les meilleures conditions. Son choix s'est arrêté à une propriété de 33 hectares avec bâtiments d'exploitation et d'habitation. Suffisante pour le début de l'entreprise elle présente dans ses limites toutes les facilités pour l'étendre lorsque la nécessité s'en fera sentir plus tard.

Cette proprieté est située à 3 kilomètres, mais reliée directement par la route de Paris. Dans les conditions où se trouve l'asile d'Auxerre, aux portes de la ville, cette situation de la colonie à une certaine distance ne doit pas être un obstacle, au contraire et cela pour les raisons que j'ai donnees précédemment. La colonie de Fitz-James, à Clermont, qui donne de si beaux résultats et que j'ai visitée il y a quelque temps dans tous ses details avec le plus grand intérêt, n'est pas la seule qui soit éloignée de l'asile proprement dit, il en existe dans les mêmes conditions ou à peu près à la Charité (Nièvre), à Saint-Dizier (Haute Marne), à Saint-Robert (Isère) et à Cadillac (Gironde). Aussi ma conviction est-elle à ce sujet que je souhaite vivement dans l'intérêt de nos malades et de la prospérité de notre asile que le Conseil général de l'Yonne accueille favorablement la proposition présentée par M. Lapointe qui a déjà créé des colonies de ce genre dans le cours de sa carrière administrative et dont l'expérience est une garantie indiscutable.

Je n'ai pas à parler ici des dispositions particulières à prendre pour la direction des travaux des aliénés en général et des colonies agricoles en particulier ; mais je rappellerai toutefois qu'au médecin seul doit appartenir le choix des malades qui seront occupés à quelque travail que ce soit. Lui seul en effet est capable d'appliquer à chacun le régime qui leur convient et de désigner ceux qui présentent toutes garanties de sécurité dans le maniement des instruments qu'on leur confie.

En raison de ma situation de médecin-adjoint, l'expérience personnelle me fait encore défaut, aussi mon seul but a été d'apporter ici ma modeste appréciation sur cette question si importante inscrite au programme du Congrès de Blois. Depuis neuf ans déjà que je suis dans l'administration, en dehors de mes devoirs médicaux proprement dits, je n'ai pas négligé de m'instruire sur ce sujet et l'opinion que je me permets d'émettre aujourd'hui n'est pas seulement le résultat des observations que j'ai pu faire sur place ou dans les autres asiles, que je ne manque jamais de visiter, lorsque l'occasion s'en présente, mais je la dois aussi aux conversations instructives et pratiques que j'ai toujours recherchées avec les excellents chefs de service que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer comme directeurs-médecins et qui ont bien voulu me faire bénéficier de leur expérience, ce dont je suis heureux de pouvoir leur témoigner ici ma profonde reconnaissance.

M. Christian. — Les avantages que procurent les travaux agricoles aux malades de nos asiles ne sont contestés par personne ; ces travaux sont utiles pour la discipline, la santé, la bonne tenue de l'établissement et aussi pour en diminuer les charges tout en permettant de varier le régime. Mais je ferai remarquer que ce travail existe dans la plupart de nos asiles où il produit d'excellents résultats, par exemple à Maréville, Montdevergues, Clermont, Quimper, etc.

C'est surtout l'encombrement des asiles qui provoque la demande de création de colonies agricoles ; or cet encombrement n'existe guère qu'à Paris, dont la population ne fait que s'accroître. Dans les départements, le chiffre est forcément limité et le serait encore plus si chaque département avait son asile. Mais je fais une objection plus topique ; si vous retirez des asiles les malades qui les

encombrent, à savoir : les chroniques, les déments, les imbéciles, que vous restera-t-il pour cultiver la terre ?

Vous arriverez donc fatalement à ce résultat d'avoir deux asiles, celui déjà existant, plus celui que vous appellerez *colonie agricole* et qui ne sera qu'un nouvel asile.

Or, je suis sûr qu'aucun Conseil général ne vous suivra dans cette voie, et alors que tous se plaignent de la lourde charge des aliénés, ils ne voudront pas faire de nouvelles dépenses pour la colonie agricole. Il faut être pratique et ne demander que des choses qu'il soit possible d'obtenir, qu'il y ait chance d'obtenir.

Je crois donc qu'il faut complètement renoncer à la proposition telle qu'elle est formulée, et qu'il faut demander que le travail agricole soit le plus possible développé dans les asiles existants.

J'ajouterai, quant à moi, que je voudrais que l'asile d'aliénés arrive de plus en plus à ressembler à un hôpital ordinaire, qu'il dépouille de plus en plus ce qui lui donne son caractère spécial : je voudrais même, mais ceci est une utopie, que seul, M. Bourneville défend aujourd'hui, que toute législation spéciale aux aliénés fût supprimée, et qu'on les considérât purement et simplement comme des malades.

Mais le moment n'est pas venu de voir se réaliser un vœu semblable. Je me borne donc à vous proposer de vider la question des asiles agricoles, en demandant le développement des travaux agricoles dans les asiles existants.

M. Bourneville. — La question qui préoccupe à un si haut degré les médecins aliénistes, les conseillers généraux et les administrateurs, c'est assurément celle de l'encombrement des asiles. Parmi les moyens qui peuvent y remédier, nous signalons les suivants sur lesquels nous avons insisté tant de fois :

1° *L'admission précoce des malades*, c'est-à-dire le plus près possible du début, ce qui donnerait plus de guérisons et moins d'incurables. Les préfets nuisent aux finances départementales et aux malades en ne secondant pas les médecins, unanimes sur ce point ;

2° *L'organisation des Sociétés de patronage* dans les départements, ce qui éviterait assurément un certain nombre de rechutes

et permettrait de maintenir dans les familles un nombre plus ou moins grand de malades ;

3° *Le patronage familial direct*, c'est-à-dire l'assistance des aliénés dans leurs propres familles avec un secours mensuel de 15, 20, 25 ou 30 francs, suivant les ressources de la famille et l'état mental du malade ;

4° *Les colonies agricoles* ou mieux le travail horticole et agricole, donnant aux malades la vie au grand air, avec toute la liberté compatible, avec la sécurité publique ;

5° *Le patronage familial indirect*, c'est-à-dire l'assistance dans des familles étrangères aux malades, à l'imitation de ce qui se fait à Gheel et à Lierneux, en Belgique. C'est ce que le Conseil général de la Seine a décidé de faire à Dun-sur-Auron (Cher), sur la proposition de M. Deschamps.

L'annexion de fermes ou, si l'on veut, de terrains donnant aux malades du travail horticole et agricole paraît avoir été réalisée pour la première fois par Ferrus. En effet, il avait fait annexer à Bicêtre la ferme Sainte-Anne où s'élève aujourd'hui l'asile clinique. Des malades y habitaient ; d'autres y étaient envoyés chaque jour de Bicêtre.

A Bicêtre même, il y avait une vacherie qui donnait de l'occupation aux malades. Elle a été supprimée à peu près complètement, bien à tort, par M. Brelet, secrétaire général de l'Assistance publique.

Auzouy, parlant de l'application des aliénés aux travaux agricoles, l'appelle la « réforme de Ferrus ». Renaudin a nettement résumé notre opinion commune sur ce point : « La création d'une ferme dans un asile, dit-il, est aujourd'hui un principe passé à l'état d'axiome. C'est une conquête définitivement acquise... Tout asile bien organisé doit donc tendre à arrondir son territoire, de manière à utiliser toutes les forces disponibles. C'est là qu'Esquirol plaçait la véritable économie, consistant plutôt dans l'emploi judicieux de toutes les ressources que dans le retranchement arbitraire de quelques centimes dans le prix de la journée. »

Des essais d'annexion de fermes aux asiles ont été tentés à Vaucluse et à Ville-Evrard. Ils ont été mal conduits et ont échoué. On est en train d'y revenir. Nous avons réclamé l'achat d'un nouveau terrain à Villejuif. A Bicêtre, on a diminué le domaine ; ce-

pendant, en dehors des murs à l'hospice (18 hectares), il y a encore 7 hectares de terrain qui pourraient être utilisés et affectés au travail des malades, au lieu d'être ensemencés de céréales et de plantes fourragères.

Pour toutes ces raisons, nous voterons le principe des conclusions du rapport de M. le docteur Riu, parce que ces colonies ou ces fermes annexées aux asiles, placées sous la direction des médecins en chef, procurent aux malades des occupations salutaires et qu'elles leur donnent bien-être et liberté.

La communication de M. Féré nous amène à parler de l'essai qui va être tenté par le département de la Seine et le Conseil général à Dun-sur-Auron (Cher). En principe, nous sommes partisan de toutes les réformes, on le sait, du reste; cependant, nous avons quelques remarques à présenter au sujet de la future colonie dont M. Deschamps a été le promoteur.

M. Deschamps s'appuie sur ce qui se fait à Gheel en Belgique et en Ecosse. Relativement à ce dernier pays, il emprunte certains renseignements au rapport du médecin inspecteur Fraser.

Voici quelques-uns de ces passages :

« Les avantages qui résultent du transferement dans des ménages privés des aliénés tout d'abord traités à l'asile sont :

« 1° La restitution d'un domicile et d'un entourage habituels ;

« 2° Une augmentation proportionnelle de contentement (en même temps qu'une diminution du prix coûtant);

« 3° Un bien-être matériel inhérent à la maison privée;

« 4° Une modification heureuse de l'état mental.....

« Une amélioration de l'état mental se produit pour la plupart des cas envoyés de l'asile en famille. Ce changement peut être attribué à l'influence inhibitoire du milieu ambiant, une fois que le malade est soumis à des soins particuliers. La société de personnes saines, l'exemple des nourriciers, la présence des enfants et différentes autres choses, tout, de près ou de loin, influe sur son caractère. »

Il semble résulter de ces passages que les placements se font au moins en partie pour des aliénés qui sont incurables. M. Deschamps nous semble donc s'être trompé en écrivant qu'en : « Ecosse,

au contraire, le placement familial n'est appliqué qu'à des incurables soigneusement choisis parmi les aliénés traités dans les asiles; l'existence d'un centre médical devient alors superflue, les malades peuvent être disséminés sans inconvénients et, en fait, ils sont répartis dans toute la province, sous la garantie d'inspections périodiques. »

Voici comment M. Deschamps expose le but poursuivi par le Conseil général : « Les asiles de la Seine renferment, en effet, à côté des aliénés dangereux pour eux-mêmes, pour les autres ou pour l'ordre public, des malades tels que les séniles qui y sont gardés uniquement parce qu'il n'est pas possible de les laisser dans la rue, livrés à eux-mêmes, sans famille, sans ressources d'aucune sorte, matérielles ou morales.

« Sur le désir de la troisième commission, l'administration a fait dresser l'an dernier, à cette époque, un état numérique des aliénés à qui il suffirait d'un patronage pour pouvoir vivre en liberté.

« De ce travail il résulte que 653 déments, séniles, imbéciles ou idiots, seraient avantageusement hospitalisés, soit dans des asiles de vieillards, soit chez des particuliers. Depuis le nombre s'en est encore accru, ainsi que nous avons pu le constater au cours de notre dernière visite annuelle. On aura une idée de l'importance du nombre de ces malades par ce court extrait du dernier rapport du docteur Magnan, médecin en chef du service de l'admission : « Les déments de cause organique et les séniles sont au nombre de 766 : 385 hommes et 381 femmes, le cinquième environ des entrées. La plupart de ces malades qui, dans les petites localités, à la campagne pourraient, sans danger, vivre en liberté, sont dangereux à Paris et dans les grandes villes, pour eux-mêmes et pour les autres, par les actes inconscients qu'ils commettent journellement. Ces infirmes de l'intelligence ne sont point des aliénés, etc. »

D'où il suit que les catégories de malades qu'on veut placer à Dun sont des séniles, des déments, des idiots et des imbéciles. Sauf les séniles, dont il faudrait faire le portrait clinique et qui ne devraient pas être admis un instant dans les asiles s'ils ne sont

pas aliénés, les autres sont des aliénés. Ils sont réputés incurables.

Parmi les raisons à l'appui de sa proposition, M. Deschamps invoque les suivantes : « L'insuffisance des hôpitaux et hospices actuels, la désinvolture avec laquelle les médecins des établissements existants se débarrassent sur les asiles des malades gênants, les résistances de la préfecture de police à recevoir des séniles à la maison de Nanterre, dès qu'ils sont impotents ou malpropres, sont les causes de cette augmentation progressive que nous sommes décidés à enrayer par une interdiction formelle au chef de l'admission de ne recevoir désormais aucune personne non aliénée, au sens légal du mot. Mais cela, c'est l'avenir. »

L'accusation portée contre les médecins des hôpitaux ne nous paraît pas justifiée. En effet, en 1890, les hôpitaux n'ont envoyé dans les asiles que 262 aliénés appartenant à toutes les formes de l'aliénation mentale et, par conséquent, le nombre des séniles de minime importance par rapport au chiffre total des admissions, qui a été durant la même année de 4.461. Ces chiffres ont leur éloquence.

En ce qui concerne Nanterre, on conçoit les résistances de la préfecture de police à augmenter l'encombrement dangereux qui existe dans cette maison où contrairement à tous les principes de l'assistance et de l'hygiène, on accumule, à côté des prisonniers et de mendiants, des vieillards, des infirmes, des déments, des paralytiques des deux sexes, sans compter les enfants. Nanterre nous reporte à un siècle en arrière. Revenons à la colonie de Dun.

La plupart des malades qu'on veut y envoyer sont des aliénés, les séniles mêmes sont considérés comme aliénés ; c'est le service des aliénés qui dirige la colonie ; c'est à un médecin aliéniste qu'on veut la confier. Les dépenses sont payées par le budget des aliénés. Le prix de journée proposé d'abord, 1 fr. 10 pour les hommes et 1 franc pour les femmes, a été trouvé trop faible, on l'a élevé à 1 fr. 25 et 1 fr. 10.

Les prix de journée réel, fixé par l'administration à 1 fr. 71, sera, dit-on, de 1 fr. 66, en y comprenant les frais de médecin, de surveillance, de bureau et de transport. Ce chiffre est de beaucoup supérieur à celui que le département paie dans les asiles des départements avec lesquels il a des traités et qui a été en moyenne

de 1 fr. 23 en 1890. La colonie de Dun n'offre donc pas un avantage financier sur le placement des aliénés dans les asiles des départements.

Ce prix de journée n'est pas très éloigné de celui des asiles de la Seine, 2 fr. 31, et encore moins du prix de journée payé à la Salpêtrière, 2 fr. 10. Or, nous doutons fort que les familles de Dun, en voyant qu'ils ne peuvent tirer aucun travail des déments, des séniles, des idiots et des imbéciles qu'on leur enverra, ne cherchent bientôt à élever le prix de pension.

De ce fait et parce que le chiffre annuel fixé pour la vêture sera dépassé quand les malades déchireront leurs vêtements ou deviendront gâteux, nous verrons le prix de journée se rapprocher du chiffre primitivement fixé à 1 fr. 71.

Les partisans de la colonie de Dun ont invoqué la difficulté qu'éprouve l'administration à trouver des places nouvelles dans les asiles de province. S'il en est réellement ainsi, on ne peut qu'en féliciter les administrations départementales, car cela semblerait indiquer qu'elles admettent plus facilement qu'autrefois les aliénés dans leurs asiles (1).

Nous avons insisté à diverses reprises sur une ancienne proposition qui consistait à envoyer ces incurables tranquilles dans leurs familles en leur accordant un secours mensuel. Ce secours pourrait être de 25 ou de 30 francs, selon que le malade serait propre ou gâteux. Ce mode d'assistance est plus *économique* que celui de la colonie de Dun ; il est plus *familial*, puisque le malade serait soigné dans sa propre famille ; il est plus *républicain*, puisque le malade ne serait pas éloigné de son pays, de sa famille, de ses amis, et que nos principes veulent que le malheureux soit assisté à domicile s'il y a lieu, et dans le cas contraire le plus près possible de son domicile.

Nous avions en second lieu proposé, sans grand enthousiasme, d'essayer le placement — non pas d'aliénés incurables et déments — mais d'aliénés travailleurs chez les cultivateurs des environs

(1) En causant avec nos collègues, nous avons appris que M. le docteur Brunet avait offert 50 places aux aliénés du département dans son asile à Evreux, et que M. Galoppain en avait offert 75 dans son asile de Fains. On ne leur a envoyé aucun malade. Pourquoi ?

de l'asile de Villejuif, et cela, sous la surveillance immédiate des médecins et du directeur de cet asile.

Ni l'un ni l'autre de ces essais, qui ne donnaient pas lieu à *des transferts*, mesure barbare, n'a pas paru attirer l'attention de l'administration ; c'était sans doute trop modeste.

Donc, ni au point de vue financier, ni au point de vue administratif — car l'administration aura des difficultés et une grande responsabilité ; — ni au point de vue social, nous ne trouvons une réelle supériorité dans l'organisation de la colonie de Dun sur l'organisation actuelle et surtout sur l'organisation tant de fois préconisée, souvent appliquée, par des médecins aliénistes, et qui consiste à annexer aux asiles des *colonies agricoles* sous la direction du médecin directeur des asiles.

M. Deschamps (Paris). — La question mise à l'étude par votre Commission, relativement aux colonies d'aliénés, semblerait épuisée après le savant travail de votre rapporteur, M. le Dr Riu, d'Orléans ; je me permettrai néanmoins de retenir quelques instants votre attention au sujet de la colonisation *familiale*. Cette question n'a pas été abordée, ne se trouvant pas prévue par notre législation, ni réalisée actuellement en France. J'essaierai de n'employer aucun mot scientifique, je ne suis pas comme vous tous, mes chers confrères, médecin aliéniste et, si, involontairement, je fais quelques gros barbarismes, ne souriez pas trop malignement, d'avance, je demande votre indulgence.

D'ailleurs, ce n'est pas comme médecin, mais comme rapporteur de la troisième commission du Conseil général de la Seine, que j'ai eu à étudier la question comme un des moyens d'obvier à l'encombrement des asiles urbains, encombrement signalé par tous les chefs de service de la Seine.

Après une visite que nous avons faites en Belgique, l'un de nos collègues du Conseil, M. G. Berry, dès 1890, avait, au nom de notre sous-commission qui était allée à Gheel, présenté un rapport sur le régime de cette colonie ; ce rapport emprunte à ceux de MM. Poters, de Gheel (1883) et Th. Roussel, notre président, des documents du plus haut intérêt que vous connaissez tous ; M. le Dr Briand avait aussi résumé la question dans son rapport de bourse de voyage.

Sans m'attarder aux autres travaux plus anciens, je rappellerai l'étude de M. Feré sur le « Private divelling system » anglais et le rapport tout récent de M. le Dr Marie qui vient de visiter les colonies écossaises.

Les tentatives timides hasardées chez nous, puis abandonnées, m'ont paru pouvoir être reprises, surtout après une seconde visite faite en Belgique à Lierneux. En effet, Lierneux était pour nous d'un meilleur encouragement. La colonie de Gheel datait de plus d'un siècle et on pouvait nous objecter qu'il y avait l'accoutumance hospitalière de la part des habitants ; de plus, on ajoutait que la population flamande se prêtait mieux que notre population française à ce genre d'hospitalisation.

Il n'en était pas de même pour Lierneux qui ne datait que de 1884, et dont la population vallone ressemble beaucoup à nos paysans français et, à Lierneux, l'expérience nouvelle avait complètement réussi.

Une double enquête s'imposait à nous pour tenter un semblable essai. Il importait tout d'abord de *dénombrer le contingent des chroniques* séniles, incurables et inoffensifs, susceptibles d'un tel régime d'assistance ; d'autre part, il fallait *déterminer une localité* appropriée à cette colonisation :

L'administration a fait dresser l'an dernier un état numérique des malades à qui il suffirait d'un patronage familial pour pouvoir vivre en liberté.

De cette enquête, il résulte qu'environ 600 déments séniles seraient avantageusement hospitalisés *soit dans des asiles de vieillards, soit chez des particuliers.*

On aura une idée de l'importance du nombre de ces malades par ce court extrait du dernier rapport du Dr Magnan, médecin en chef de l'admission :

« Les déments de cause organique et les séniles sont au nombre
« de 766 : 385 hommes et 381 femmes, le cinquième environ des
« entrées. La plupart de ces malades qui, dans les petites localités,
« à la campagne, pourraient sans danger, vivre en liberté, sont
« dangereux à Paris et dans les grandes villes, pour eux-mêmes
« et pour les autres, par les actes inconscients qu'ils commettent

« journellement. Ces infirmes de l'intelligence ne sont point des « aliénés, etc. »

L'insuffisance des hôpitaux et hospices actuels, la facilité avec laquelle les médecins des établissements existants se débarrassent sur les asiles des malades gênants, les résistances de la Préfecture de police à recevoir des séniles à la maison de Nanterre dès qu'ils sont impotents ou malpropres, sont les causes de cette augmentation progressive que nous sommes décidés à enrayer.

Comme je l'ai montré au Conseil dans mon rapport général sur les aliénés, les places pour les malades curables, les plus intéressants à coup sûr, nous font défaut dans les asiles de la Seine et sont à la veille de nous manquer dans les établissements de province.

C'est dans ces conditions qu'il a paru expédient à notre Commission de tenter, *pour 100 de ces vieillards*, un essai de placement familial.

Quant à la deuxième partie de l'enquête, il serait trop long de vous en conter les péripéties.

J'ai hâte d'arriver à la région qui a été choisie, et je signalerai seulement que dès maintenant, grâce aux promesses et aux engagements recueillis, nous avons l'assurance de pouvoir étendre l'hospitalisation familiale, autant qu'il sera besoin.

Dans l'Eure-et-Loir, par exemple, « M. le Dr Camuset, directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval, a offert bénévolement son « concours pour surveiller la création d'une colonie dont son asile « serait le centre ».

De même, dans l'Orne, « le médecin chargé de la circonscrip- « tion médicale de Bellême pour les enfants assistés, qui est en « rapports journaliers avec leurs nourriciers, reçoit plus de de- « mandes qu'il ne dispose d'enfants. Aussi est-il persuadé que les « placements de vieillards ou d'aliénés inoffensifs seraient bien « accueillis par la population, qui est déjà habituée à recevoir de « jeunes pensionnaires de l'Administration ».

Mais je n'insiste pas davantage, et je passe tout de suite au département du Cher, où se trouve la localité choisie par l'Administration pour notre premier essai de colonisation. Le mémoire

préfectoral est très explicite et très clair, je ne puis faire que d'en reproduire les termes :

« Dans l'arrondissement de Saint-Amand, c'est « Dun-sur-Auron », chef-lieu de canton de 4,500 habitants, qui a été spécialement indiqué par M. le Sous-Préfet de Saint-Amand comme pouvant être le siège de la colonie....

« Dun-sur-Auron réunit, en effet, toutes les conditions exigées ; il a cet avantage sur les autres localités visitées, qu'il peut recevoir dans les limites mêmes de la commune, une centaine de colons.

« Antérieurement, la population était employée aux travaux des mines de fer qui se trouvent à la lisière de la forêt voisine : ces mines ont cessé d'être exploitées il y a quelques années, et les habitants tentèrent la culture de la vigne ; malheureusement le phylloxéra a ruiné les espérances de profit que l'on comptait en retirer, et il est certain que le placement de nos séniles et de nos débiles se généraliserait assez rapidement, cette source de bénéfices venant alléger les charges des familles qui manquent généralement de travail.

« Les autorités locales ont accueilli favorablement le projet de colonie ; elles ont même procédé à une enquête préliminaire auprès des familles susceptibles de recevoir nos pensionnaires et elles ont déjà recueilli les adhésions suffisantes. Il est très probable que, peu de temps après que la colonie aura commencé d'exister, le chiffre prévu de 100 colons sera facilement atteint; il serait même dépassé si la colonie s'étendait aux communes voisines de Dun qui n'en sont éloignées que de cinq ou six kilomètres.

« Le prix de la journée offert a été de 1 fr. 10 pour les hommes et de 1 franc pour les femmes ; il est nécessaire en effet de faire une différence entre les deux sexes, les femmes pouvant être nourries à moins de frais.

« Le Conseil municipal a d'ailleurs émis l'avis que ces prix sont trop faibles et devraient être portés à 1 fr. 25 pour les hommes et à 1 fr. 10 pour les femmes, ajoutant que nos colons n'en seraient que mieux traités. Enfin, moyennant le prix de 1 fr. 25, on rencontrerait des ménages en certain nombre qui consentiraient à recevoir non plus un seul pensionnaire, mais jusqu'à trois ou quatre.

« De l'ensemble de l'enquête faite, il résulte que Dun réunit les conditions voulues pour l'expérimentation immédiate du système familial. »

J'ajouterai quelques chiffres des prévisions budgétaires qui suffiront à montrer les conditions matérielles dans lesquelles nous comprenons ce mode d'assistance :

« 1° *Premier établissement.*

« Ces frais comprennent :

« Travaux d'aménagement de la maison servant d'infirmerie	2.500 fr. »
« Une première mise de 50 fr. par colon pour achat de linge et chaussures, soit pour cent colons	5.000 »
« Installation du dortoir de l'infirmerie et logement du personnel	5.300 »
« Réfectoire	500 »
« Bains	300 »
« Cuisine	200 »
« Cabinet du médecin	700 »
« Buanderie	100 »
« Petite pharmacie	200 »
TOTAL	14.800 fr. »

« 2° *Frais de translation*	2.000 fr. »

« 3° *Entretien :*

« Location d'une maison servant d'infirmerie	1.500 fr. »
« Traitement du médecin	2.500 »
« Un ménage d'infirmiers	1.500 »
« Une femme de journée	500 »
« Blanchissage et renouvellement du linge de l'infirmerie	300 »
A Reporter	6.300 »

Report	6.300 »
« Médicaments.........................	400 »
« Frais funéraires........................	500 »
« Régimes spéciaux, chauffage et éclairage...	1.500 »
« Renouvellement des trousseaux pour cent colons....................................	3.000 »
« Frais de déplacement, de bureaux et divers.	1.500 »
TOTAL DES FRAIS GÉNÉRAUX.....	13.200 fr. »
« Cette somme de 13.200 fr. est couverte par la prévision d'un prix de journée total de 1 fr. 61, dont 1 fr. 25 pour les nourriciers (soit pour cent colons, 45.625 fr. par an).....................	45.625 »
« TOTAL....	58.825 »

Sur ma proposition et comme conséquence de mon rapport, le Conseil général de la Seine s'est arrêté aux décisions suivantes :

« Article premier.— Le principe du placement dans les familles, à la campagne, de déments des asiles de la Seine, exclusivement choisis parmi les incurables inoffensifs, est adopté.

« Art. 2. — L'administration est invitée à établir à Dun-sur-Auron, arrondissement de Saint-Amand (Cher), une première colonie familiale de 100 déments séniles, sur les bases indiquées dans le rapport de la troisième Commission.

« Art. 3. — Il est créé au sous-chapitre 7 du budget de 1892, un article 7, avec cette rubrique :

« Placement des malades séniles dans les familles. — Frais d'entretien, de transport et dépenses diverses. »

« Ce nouvel article comprendra pour 100 colons les sous-détails suivants :

« 1° Frais d'entretien de 100 colons à raison de 1 fr. 61 par jour..............................	58.825 fr. »
« 2° Frais de transport de 125 colons (100+25) par suite de mutations de Paris à Dun..........	2.000 »
« 3° Frais de premier établissement.........	14.800 »
TOTAL...........	75.625 fr. »

J'espère, Messieurs, pouvoir, l'an prochain, vous donner de bonnes nouvelles de notre essai de colonisation, qui va entrer sous peu en voie de réalisation.

M. Deny (Paris). — Au moment où va être tenté en France un premier essai de colonie familiale pour les aliénés, j'ai pensé qu'il y aurait un certain intérêt à jeter un coup d'œil sur le fonctionnement des asiles actuels et sur les améliorations que la création de colonies libres permettra de leur apporter.

J'ai traité dans mon service, depuis cinq ans, 725 malades, sur lesquels 306 ont été mis en liberté, 141 sont morts et 69 ont été transférés dans d'autres établissements.

Sur les 306 malades mis en liberté, 227 seulement doivent être considérés comme étant des cas de guérison, les 79 autres ayant été réintégrés à l'asile au bout d'un temps plus ou moins long. Le pourcentage de ces différents chiffres nous donne les résultats suivants : mortalité, 19,43 pour cent ; guérison, 31,3 pour cent.

Cette proportion des guérisons n'est pas très élevée, puisqu'elle équivaut à peine au tiers des malades traités ; elle est cependant supérieure à la moyenne de celle des asiles français et elle ne pourra être plus elevée que lorsque ces asiles seront débarrassés du grand nombre d'incurables qui les encombrent. Il faut remarquer, en outre, que les services de Bicêtre ne reçoivent guère de malades aigus, les aliénés n'y étant pas admis directement, mais seulement après avoir fait un séjour plus ou moins prolongé à Sainte-Anne.

Quant aux mesures les plus propres à remédier à l'encombrement des asiles par les sujets incurables, elles ont été assez souvent discutées par les précédents Congrès pour qu'il soit inutile d'y revenir à nouveau. Je me borne donc à les transcrire ici sous forme de conclusions :

1° Création de services spéciaux pour les épileptiques, les idiots, les imbéciles et les déments ;

2° Création de colonies libres pour ceux de ces différentes catégories d'incurables qui sont inoffensifs.

M. Marie. — Ayant eu l'occasion d'examiner de très près, il y a peu de mois, l'application du système familial réalisé dans

trente-trois comtés de l'Ecosse, pour 2,480 malades (1891), je demanderai la permission de soumettre les quelques réflexions qui suivent.

Il est une confusion à laquelle bien peu échappent, c'est celle qui consiste à voir dans le système familial écossais, l'équivalent de la colonie familiale belge de Gheel ; on pourrait dire, bien que ce soit paradoxal, qu'il y a, peut-être, plus de différence entre la conception des médecins écossais et le système belge, qu'entre ce dernier et l'asile tel que nous le possédons.

Bien entendu, je prends ces deux systèmes dans leur forme pure, théorique, en faisant abstraction des entorses qu'ils ont pu subir en fait dans quelques-unes de leurs applications, et qui font, qu'en s'élevant, ils tendent à se rapprocher l'un de l'autre.

Je m'explique : — A côté des colonies familiales écossaises, types, telles qu'elles existent pour les trois principales paroisses de Glascow (City, Barony et Govan), on trouve dans les Orcades et les Shetland d'autres colonies sans distinction d'aigus ou de chroniques, où le nombre des malades ainsi traités, tend à être de 100 0/0, ce qui s'explique par l'absence locale d'autres moyens d'assistance et les difficultés de moyens de communications.

Mais, tel n'est pas, tant s'en faut, l'idéal des aliénistes écossais. Loin de prétendre réaliser (comme dans le système pur du Gheel primitif), l'assistance et le traitement des aliénés en dehors des asiles, ils posent en principe la nécessité absolue d'un internement précoce à l'asile de traitement pour les cas aigus.

Ce n'est que pour sauvegarder le caractère de ce véritable hôpital pour les maladies mentales qu'ils conçoivent le système familial, comme l'un des moyens d'évacuer les chroniques incurables et inoffensifs, cause d'encombrement.

Encore, n'est-ce pas, en principe, de l'hôpital d'aigus, que se font les placements familiaux. Les chroniques sont d'abord évacués sur de véritables hospices (Lunatics Wards. — Parochial Azylums and Wards with restricted licence).

C'est de là seulement, qu'une dernière sélection fournit les sujets aptes à bénéficier du « Bourding out system ».

A Londres, la même idée a conduit au dédoublement des services, en services d'aigus et de chroniques ; c'est ainsi qu'on a

construit les immenses asiles d'incurables de Leavesden, Caterham et Daventh, qui hospitalisent 2,000 de ces malades.

Ajoutons que, dans plusieurs asiles de district en Ecosse, cette préoccupation relative à la selection des malades, prime au point que l'on y réalise en petit, une sorte de cloisonnement répondant à la sélection préparatoire pour l'évacuation.

C'est ainsi que l'asile de Larbert que nous avons pu visiter, contient en quelque sorte, trois établissements (hôpital d'aigus, l'hospice et la ferme pour les chroniques à évacuer, et les travailleurs).

On le voit donc, le système écossais (placements familiaux) est, en principe, l'étape ultime d'une sélection répartie par échelons successifs dans plusieurs services fermés où l'internement est pratiqué au préalable.

Au contraire, la colonie familiale belge est l'absence de ces internements et de ces sélections reitérées.

Il n'y a donc pas lieu de confondre ces deux méthodes.

Les critiques essentielles adressées à l'assistance familiale, reposent néanmoins presque toutes sur cette confusion.

Steinberg, entre autres, cité par Kowalevski, s'exprime ainsi (1) :

« La distribution des malades dans les villages, n'est utile ni « pour les aliénés, ni pour la population. Les malades curables, « par ce système de patronage, ne reçoivent ni les soins, ni le « traitement qui leur sont nécessaires. C'est surtout, dans les pre- « mières périodes des affections mentales que le traitement donne « le meilleur résultat ; or les aliénés abandonnés aux soins et à « l'arbitraire de nourriciers ignorants, restent presque sans « secours médicaux et la plupart deviennent incurables. Les nour- « riciers évitent de s'adresser aux médecins, quand ils constatent « quelques changements dans la santé de leurs pensionnaires. Ils « craignent que les médecins ne les fassent transférer à l'établis- « sement central et ne leur fasse ainsi perdre le prix de leur pen- « sion ; ils préfèrent se tirer d'affaire par leurs propres moyens

(1) Kowalevski. — Traitement des maladies mentales, p. 237-238.
Steinberg. — Arch. de Psychiâtrie, 1889, n° 3.

« souvent nuisibles aux malades... Par leurs actes, comme par « leurs jugements, les aliénés exercent une influence inévitable « sur les enfants, si impressionnables, et sur les adultes. Au point « de vue économique, les colonies agricoles sont plus avantageu- « ses, parce que le prix de la pension est perçu par l'établissement « et non par des particuliers qui, en outre, ne peuvent jamais « offrir aux malades un logement convenable. Celui qui veut vrai- « ment du bien aux malades, tout en tâchant d'alléger la tâche des « préposés à l'organisation du patronage et du traitement des alié- « nés, ne doit pas se déclarer partisan du patronage familial pour « l'assistance des aliénés. Ce patronage est nuisible aux malades, « plus nuisible encore à la population et ne présente aucun avan- « tage économique. »

La question économique réservée, il est permis de penser, en dépit de l'auteur précédent, que la méthode écossaise répond dans dans une certaine mesure, d'une part, à la nécessité d'évacuer les incurables, des hospices de chroniques encombrés, d'autre part, au patronage des aliénés convalescents, par le placement transitoire en famille de malades améliorés évacués de l'asile de traitement.

M. Charpentier. — Il faut désencombrer les asiles : voilà la question première qui s'impose. Que cet encombrement résulte de la présence dans les asiles de gens qui ne devraient pas y être placés, que ce soient des vicieux, des ivrognes, des séniles, des idiots, des épileptiques, peu importe ; ce que je retiens, c'est qu'ils gênent par leur grand nombre. Peut-on les placer ailleurs dans de meilleurs conditions ? Si oui, acceptons et encourageons de telles propositions, quelles qu'elles soient et d'où qu'elles viennent. Trois modes de placement sont à l'étude :

1° *Les colonies annexées aux asiles d'aliénés*, partout où cela sera possible sans nécessiter des acquisitions trop onéreuses de vastes terrains ; c'est la proposition de M. Riu ;

2° *Les placements des aliénés dans leurs familles ;* c'est le mode d'assistance auquel M. Bourneville semble donner la préférence ; il est déjà pratiqué dans le département des Ardennes ;

3° *Les colonies familiales*, telles que celle de Dun-sur-Auron,

dans le Cher, qui n'existe encore que sur le papier. Je ne suis pas opposé à ce mode de placement : je crois seulement qu'on devra apporter beaucoup de prudence dans la sélection des malades, afin d'éviter les accidents, et dans la sélection des familles pour empêcher le surmenage ou l'exploitation possible des aliénés qui leur seront confiés.

L'expérience seule pourra décider, quand elle aura été suffisamment prolongée, lequel de ces trois modes d'assistance des aliénés inoffensifs et incurables donne les meilleurs résultats. Pour le moment, rien ne s'oppose à ce qu'ils soient mis tous les trois à l'étude.

M. Charpentier ajoute que : « Après la création de l'asile clinique, il restait les vastes terrains à l'ouest de Bicêtre ; malheureusement ils ont été pris par les constructions que M. Bourneville a fait élever pour le service des idiots, en sorte qu'à l'heure actuelle les ateliers, d'ailleurs insuffisamment organisés, ne peuvent employer tous les aliénés qui en seraient susceptibles et qu'au dehors les quelques terrains restant, insuffisants eux aussi pour motiver l'organisation d'une ferme, sont affermés ou cultivés en dehors de la participation des malades, qui en retireraient un grand bénéfice. »

M. Bourneville demande la parole pour rectifier certains points de la communication précédente. Il rappelle que la section des enfants a été créée : 1° sur un terrain qui leur appartenait déjà ; 2° sur le jardin du directeur ; 3° sur un vaste champ de luzerne qui n'avait jamais été affecté au travail horticole fait par les aliénés. Pour ce qui est de la non-utilisation des aliénés dans les ateliers de l'hospice, cela tient à ce que les chefs d'atelier et même les surveillants des services généraux, comme la buanderie, n'ayant pour la plupart jamais vécu au milieu des aliénés, les renvoient à la moindre incartade. C'est pour cela qu'il a demandé bien des fois que l'on fasse faire à ce personnel un stage dans les services d'aliénés comme infirmiers et infirmières, afin de leur apprendre à mieux connaître les malades et à leur faire supporter les écarts dûs à leur maladie. Il en résulterait un grand bienfait pour les malades qui ne seraient pas désœuvrés et un bénéfice pour l'établissement.

M. le Dr Samuel Garnier (de Dijon). — Je n'étais pas préparé à ce débat, mais les opinions qui viennent de se faire jour m'obligent à sortir de ma réserve. Et d'abord, on confond, ou plutôt on mêle la question des colonies d'aliénés avec le système d'assistance qu'on veut inaugurer à Dun-sur-Auron. En ce qui concerne les colonies agricoles d'aliénés, c'est une utopie, si vous voulez qu'à cinq ou six kilomètres de l'asile existant ou à créer, on établisse une ferme complète dans laquelle vous déverserez vos déments, vos imbéciles, vos idiots, parce qu'alors il ne vous restera plus rien pour cultiver votre potager dont les produits, dans la plupart des asiles, sont assez considérables, 30.000 francs environ à l'asile de Dijon. Annexez donc simplement à votre établissement d'aliénés assez de terrains pour une culture maraîchère intensive, en réunissant tous vos travailleurs dans un seul pavillon, et cela suffira amplement pour remplir l'indication du travail en plein air. Quant à la grande culture proprement dite, je la rejette pour bien des motifs. Elle exige en premier lieu un travail excessif et aboutit fatalement à l'exploitation de l'aliéné — peu m'importe au profit de qui — et pour moi, c'est capital. Faire espérer qu'avec cette grande culture et ses rendements, il en résultera, sinon l'exonération complète, du moins une atténuation notable des charges départementales de l'assistance, c'est un leurre.

Pour ce qui regarde la conception de M. Deschamps, qui veut se faire l'importateur du système belge de Gheel, je la crois inapplicable. Sans doute, il veut diminuer l'encombrement fâcheux des asiles de la Seine, mais, qu'il me permette de lui dire : vos nourriciers de Dun, qui pour 1 fr. 60, se chargeront de prendre vos aliénés et doivent leur donner des soins comparables à ceux qu'ils reçoivent dans les asiles, me semblent tout à fait extraordinaires, alors qu'en général, on sait que les parents font tous leurs efforts pour se débarrasser de leurs aliénés. Donnez donc plutôt à ces parents, comme le veut M. Bourneville, une subvention journalière, qui les engagera à reprendre leurs malades qui encombrent vos maisons. Ce sera beaucoup plus normal d'abord, et plus légal, ensuite, puisque tout aliéné non guéri, s'il est inoffensif ou paraît tel, peut être confié à sa famille, si elle le désire. Cette famille devient responsable des agissements de ce dément incurable, de cet idiot, de cet imbécile, qui est ainsi replacé dans les conditions

de la vie ordinaire, tandis qu'à Dun, je me figure difficilement ce que seront, au point de vue de leur situation légale, ces déments que vous ferez sortir des asiles. Seront-ils des aliénés placés sous la loi de 1838 ? Non, puisque leur exeat sera signé et qu'alors ils auront reconquis pour la plupart leurs droits civils. De quel droit les placerez-vous à Dun ? Je me demande enfin pourquoi vous les assisterez au nom du département, puisque, sortis légalement de l'asile, la charge de leur assistance devient, en droit, exclusivement communale. Toutes ces questions ne sont pas résolues au préalable toutefois ; faites l'essai qui vous sourit, puisque votre conviction reste entière. Je souhaiterais même qu'il soit moins négatif qu'à votre école de réforme d'Yzeure, à laquelle vous avez dû renoncer.

M. Bouchereau. — Le problème qui se pose est celui-ci : le nombre des malades augmente et les dépenses augmentent aussi ; il faut trouver un remède. Or prenant pour base l'exemple des institutions étrangères, je considère qu'on ne doit pas accepter tel système à l'exclusion de tel autre. Les colonisations agricoles n'excluent pas le patronage familial sous toutes ses formes ; les différentes méthodes correspondent seulement à des catégories différentes de malades pour lesquels elles peuvent être appropriées. On ne peut donc, *a priori*, condamner une tentative, quand celle-ci a réussi ailleurs et a pour but d'ajouter un mode d'assistance aux moyens actuels insuffisants. La seule question discutable est celle des détails d'application pratique qu'on pourra juger plus ou moins logiquement conçus. C'est ainsi qu'on est inquiet de voir des malades entièrement confiés à la garde des familles ; l'administration a songé à choisir un médecin dans le personnel des asiles, il y aurait une infirmerie, etc. ; la discussion de ces points rentre dans le domaine administratif : la colonie doit réussir ; il importe surtout, à ses débuts qu'un médecin expérimenté intervienne auprès des familles, chargées de donner des soins aux colons, pour leur enseigner les devoirs qu'on leur impose.

M. Doutrebente. — Il me semble que, grâce à l'intervention de M. Deschamps, la discussion tend à s'élargir de plus en plus,

au point de nous faire perdre de vue le but que nous poursuivons et que notre rapporteur a si nettement déterminé et circonscrit. Nous demandons à restreindre le débat aux *colonies* agricoles pour *les aliénés* et, depuis quelques minutes, nous n'entendons plus parler que des modes divers d'assistance à appliquer aux *déments*, aux *séniles*, aux *incurables,* aux *idiots*, aux *épileptiques.*

Le département de la Seine, pour désencombrer ses asiles veut évacuer à Dun-sur-Auron, chez des paysans, des déments et des séniles moyennant un prix de journée supérieur à celui qu'il paie à la plupart des asiles de province; c'est là un essai, que nous suivrons avec intérêt, mais qui ne doit pas en ce moment nous préoccuper. Toutefois puisque cet essai a pour but de désencombrer les asiles de la Seine, il nous sera bien permis de dire, en passant, qu'à ce prix (1 fr. 60), le département de la Seine trouverait facilement un débouché dans les asiles départementaux. Depuis douze ans, l'asile de Blois ne reçoit plus d'aliénés du département de la Seine parce qu'il a réclamé, à cette époque, un prix de journée de 1 fr. 50.

On nous dit encore, nous ne pouvons pas donner du travail en quantité suffisante dans les asiles de la Seine; nos médecins transformés en chefs de culture ne pourront plus faire de médecine.

J'ai eu l'honneur d'appartenir au service médical des aliénés de la Seine et j'ai pu constater qu'il y avait dans un asile et à la périphérie des terrains en friche, ou si mal cultivés, que le service d'alimentation faisait venir des halles de Paris les légumes nécessaires au besoin de l'asile.

A Ville-Evrard où une ferme de 300 hectares était annexée, il a fallu louer les terres à un fermier, qui, pendant plusieurs années a entrepris une lutte héroïque contre les chardons qui avaient élu domicile dans les terres de l'asile.

Comme l'ont si bien dit MM. Pichenot et Garnier, il faut avoir autour de l'asile une certaine quantité de terres, pas trop! 30, 40 ou 60 hectares environ; j'en désirerais 100 en y comprenant les terrains occupés par les cours, préaux, chemin de ronde, routes, allées, sentiers, bois, taillis, et les immeubles. Je les disposerais ainsi :

Immeubles, Cours, préaux, allées.	20 hect.
Bois, taillis	20
Jardins et vergers.	20
Terres arables.	30
Prairies.	10

Dans ces conditions, on pourrait comme le désire M. Garnier faire de la culture maraîchère intensive et aussi un peu de grande culture pour laquelle la plupart de nos malades ont une prédilection bien accentuée. Dans les travaux de grande culture, nous comprenons la culture de la pomme de terre, des haricots et des petits pois, que nous faisons en pleine terre arable et à la charrue, avec succès, sans le secours des jardiniers. — Dans les asiles de province, ou le directeur-médecin doit bien faire quand même, avec un prix de journée toujours insuffisant, il trouve dans les revenus de la ferme une juste compensation de ses efforts et la possibilité parfois, sans subvention départementale, d'améliorer progressivement les parties défectueuses de l'établissement.

Peu nous importe qu'on fasse au directeur-médecin le reproche de plus faire de médecine, ce qui n'est pas démontré, d'ailleurs ; puis, il y a aujourd'hui, dans tous les asiles, des médecins-adjoints qu'il faut utiliser. Mais, il n'est plus permis de nier l'influence heureuse du travail en plein air, comme distraction et moyen de traitement des maladies mentales en général. Certains aliénés chroniques peuvent travailler dans les champs à jet continu, et aussi les déments, les imbéciles, les mégalomaniaques, dont un grand nombre se croient propriétaires du sol qu'ils cultivent avec amour ; d'autres vont au travail périodiquement, ou ne peuvent s'y rendre que pendant la convalescence et avant d'être rendu à leur famille; pour tous l'intervention du médecin est nécessaire pour décider de la nature et de la durée du travail.

(Notons en passant que les épileptiques travaillant aux champs ont rarement des accès ; ils semblent se réserver pour les jours de chômage et en particulier le dimanche.)

Nous nous declarons partisan d'un asile d'aliénés comprenant une exploitation agricole et une culture maraîchère aussi complète que possible et cela, à proximité, dans l'asile même ou à la périphérie, il est entendu d'ailleurs, que dans une partie de l'établisse-

ment, il y aurait toujours, des ateliers suffisamment organisés pour que tous les travaux d'entretien y puissent être faits, sans le concours onéreux d'entrepreneurs, faisant tous les huit jours escorte à un architecte, pour remplacer un carreau de vitre, une ardoise, ou une brique.

Les malades que M. Deschamps parle de transporter à Dun-sur-Auron, ne sont pas, où ne sont plus des aliénés dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes et si, en thèse générale, leur sort mérite l'attention, c'est, par une confusion d'attributions, que le Conseil général de la Seine prend l'initiative d'une colonisation, qui, en droit, doit être municipale.

En écoutant, il y a quelques instants notre confrère, M. Bourneville, qui a fait siennes toutes les questions d'organisation générale ou spéciale en matière d'assistance publique, je me demandais, si réellement, je n'entendais pas parler, à la fois, un médecin éclairé et un ingénieur hygiéniste; aussi, à son exemple, nous réclamons l'assistance familiale au domicile réel des malades déments, séniles et non dangereux. En Vaucluse et surtout en Indre-et-Loire, on a pu diminuer ainsi l'encombrement, en rendant à leur famille nombre de malades inoffensifs. Quand les parents sont misérables, qu'on leur donne une subvention pour garder leur malade; mais, quand ils sont ou riches ou simplement à l'aise, qu'on leur fasse payer une part contributive sérieuse, ils viendront alors réclamer la sortie de leur parent.

Quant à l'objection qui consiste à dire que la population parisienne ne produit pas de cultivateurs, il ne faut pas lui attribuer trop d'importance, et d'ailleurs, parmi les suburbains, il y a d'excellents maraîchers. Les meilleurs travailleurs agricoles ne sont pas tous nés aux champs.

Séance du Vendredi 5 Août (matin).

Présidence de M. Giraud (de Rouen).

SOMMAIRE. — S. Garnier (Pensions de retraite des médecins d'asile.) — G. Ballet (Sur les caractères de certaines idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques). Discussion : MM. Ritti, Régis, Ballet, Séglas. — Raymond et Sérieux (Maladie de Basedow et dégénérescence mentale). Discussion : MM. Joffroy, Raymond. — Joffroy (Syphilis et Paralysie générale). Discussion : MM. Raymond, Mordret, Doutrebente, Joffroy. — Pierret (Paralysie générale et tabes). — Vallon (Note sur un cas de paralysie générale vraie consécutive à une encéphalopathie saturnine). Discussion : MM. Régis, Vallon. — Bourneville (Traitement chirurgical et traitement médico-pédagogique de l'idiotie). Discussion : MM. G. Ballet, Bourneville, Régis, Bouchereau et Rouby. — Proust, de Blois (Epilepsie gastrique d'origine réflexe). Discussion : MM. Thivet, Ballet, Raymond, Proust

LA QUESTION DES RETRAITES DU CORPS MÉDICAL DES ASILES.

M. S. Garnier. — Messieurs, la question des retraites des médecins d'asile n'a point paru jusqu'à présent préoccuper la majorité d'entre vous, malgré les communications sur ce sujet qui vous ont été faites lors de notre premier Congrès, puisque les différents vœux qui en étaient les conclusions n'ont à cette époque pas plus qu'au Congrès de Lyon, été l'objet d'aucun vote de votre part. Je m'en afflige sincèrement moins par amour-propre d'auteur, j'étais en effet, le signataire d'un de ces vœux, que par ce que je crois découvrir dans cette attitude un abandon très explicite des principes de la solidarité qui doit nous unir. C'est pour essayer de

vous faire remonter ce courant d'indifférence tout au moins apparente que je viens au nom de nos intérêts matériels étouffés par les questions scientifiques et professionnelles attirer encore votre attention sur un sujet dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir à Rouen.

I. — Je ne veux pas refaire ici l'historique de la situation qui nous est faite par notre adjonction aux caisses départementales de retraites. En prévision d'un rattachement pur et simple à la caisse des pensions civiles implicitement prévu par la loi future des aliénés, je vous ai déjà indiqué les avantages et les inconvénients de cette mesure. Je vous ai montré notamment que les retraites des médecins seraient dans ce cas sensiblement réduites, et celles des veuves ramenées de la moitié au tiers. Aussi pour pallier ce que j'appelais une spoliation évidente, je demandais la création d'une classe exceptionnelle de 9.000 fr. La loi n'est pas encore votée mais les dispositions primitives du rattachement restent inscrites en principe à la fois au projet Reinach, au projet du comité supérieur de l'assistance, et enfin au projet de la Commission législative, puisque ces divers documents tous postérieurs à 1890 édictent eux aussi que nos traitements et nos pensions de retraites seront acquittés par l'Etat. Il est donc de toute évidence que c'est bien le rattachement à la caisse des pensions civiles qui apparait comme la solution future la plus certaine. Or un vœu qui émane du Conseil supérieur de l'assistance, exprime le désir que les médecins des asiles en fonctions depuis six ans, au moment de la promulgation de la loi en préparation, soient appelés à jouir de leurs anciennes prérogatives et d'autre part notre confrère Faucher demandait le maintien du *statu quo* actuel avec les modifications suivantes : Que les retenues opérées sur les traitements deviendraient la propriété de la caisse départementale où elles sont faites et que la retraite entière ou proportionnelle serait payée par les différents départements au prorata du temps pendant lequel les fonctionnaires auraient habité ces départements.

MM. Mordret, Giraud et Charpentier avaient déjà pensé que cette dernière façon de liquider les retraites rencontrerait de sérieuses difficultés. C'est aussi mon avis, et comme après tout ce sont les solutions simplistes qui ont le plus de chance de

réussite, il n'est pas téméraire de penser que la Chambre des Députés rejetera une disposition semblable qui renverserait *ipso facto* l'économie de l'article de la loi mettant les pensions au compte de l'Etat. Ce système doit donc être repoussé et ce d'autant plus encore, que les Conseils généraux étant maîtres de modifier à leur gré chaque année les statuts de leurs caisses de retraites, il faudrait, dans le système Faucher, obtenir de tous les Conseils généraux qu'ils inscrivissent pour l'avenir et sans possibilité de la modifier, une clause contraire à celle de leurs statuts actuels, d'après laquelle les versements suivent les médecins quand ils changent de poste.

Ceci dit, j'arrive au vœu du Conseil supérieur que je combattrai encore avec autant plus d'énergie, qu'émanant d'une collectivité autorisée, il est appelé à jouir d'un certain prestige. Qu'est-ce à dire, en effet, si la Chambre s'appropriait plus tard ce vœu et en tenait compte ? N'y aurait-il pas dans cette combinaison les mêmes inconvénients pratiques reprochés au projet Faucher? Examinons donc ce qui peut se passer dans l'hypothèse où les médecins d'asile ayant six ans d'exercice lors de la promulgation de la loi, continueraient à jouir de leurs anciennes prérogatives, c'est-à-dire à participer aux caisses de retraites départementales ? Prenons par exemple la Haute-Marne. Ce département a décidé à la mort de notre confrère Danis que dorénavant la retraite du directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier ne dépasserait dans aucun cas 3.000 fr. Que fera dans ce département le titulaire du poste ayant au moment de la promulgation six ans d'exercice, s'il est forcé de jouir de ses anciennes prérogatives? Il trouvera la clause bien dure et s'empressera de solliciter un changement pour un département moins parcimonieux. Or, si celui sur lequel il aura jeté son dévolu s'empresse d'imiter la Haute-Marne, ce qui est à redouter, voilà donc notre confrère de nouveau en quête d'un poste à l'abri de tout aléa. Ce serait très piquant, si ce n'était profondément triste, d'autant plus que si le confrère supposé n'a plus que cinq ans pour avoir sa retraite, il sera peut-être obligé d'en faire le double dans son nouveau poste, ce qui recule d'autant son droit à la retraite, et par suite, peut, en cas de décès, annihiler le droit éventuel de sa veuve. Mais allons encore plus loin dans notre démonstration. Supposons que le poste de la Haute-Marne soit

attribué, venant d'être délaissé par un médecin de l'ancien régime, à un médecin relevant des pensions civiles. Celui-ci ne fera aucun versement à la caisse de la Haute-Marne et celle-ci se trouvera totalement débarrassée de la charge d'une pension, pendant que sa voisine pourra en être grevée encore assez longtemps.

Tout ce que je viens de dire de la Haute-Marne peut se dire non seulement de la Côte-d'Or, de la Sarthe, de l'Orne, puisqu'il n'y a pas même adjonction possible des directeurs ou médecins aux caisses départementales, mais encore de tout département qui voudra comme la Haute-Marne réduire la quotité de la retraite au fur et à mesure qu'il devra en liquider une. Pour toutes ces raisons, j'estime donc que ce vœu est mauvais et que le jour où la loi sera votée, tous les médecins désignés dans la loi, devraient être rattachés à la caisse des pensions civiles dans le délai de deux ans, et rapporter corrélativement à cette caisse, tous leurs versements antérieurs faits aux caisses des départements. En d'autres termes les médecins qui au moment de la promulgation de la loi n'auraient plus que deux ans pour avoir droit à leur retraite dans les postes qu'ils occupent, seraient rattachés encore aux caisses départementales et tous les autres à la caisse des pensions civiles. Pourquoi ce délai de deux ans, c'est à fin de ne pas léser leurs droits, qui le seraient fatalement, si, rattachés à la caisse des pensions civiles ils ne jouissaient pas pendant cette période de deux ans, du traitement de 9.000 fr. qui leur donnerait droit à une retraite de 4.500 fr. Il est bien entendu que les caisses départementales devraient rester débitrices non seulement des pensions antérieurement liquidées, mais de celles qui se liquidraient alors dans le délai de deux ans après la promulgation de la loi. Telle est, suivant moi, la solution qui me paraît la plus simple, la plus expéditive, la plus égalitaire, la plus raisonnable, la moins compliquée en ayant soin de remanier bien entendu les classes actuelles et de créer une classe exceptionnelle dans les conditions que j'indiquais dans ma communication de 1890. De cette manière il n'y aura plus besoin de s'inquiéter si tel médecin a le temps de services voulu dans tel département pour être admis à faire valoir ses droits à la retraite, et on ne verra plus cette anomalie d'un fonctionnaire prenant ici sa retraite à 25 ans de services avec la moitié de son traitement d'activité, ou à 30 ans avec les deux tiers,

tandis que dans le département voisin, à 30 ans de services et à 60 ans d'âge, le fonctionnaire du grade égal n'obtiendra qu'une retraite de la moitié de son traitement d'activité.

II. — De plus en plus convaincu de la nécessité d'unifier les retraites et de les centraliser dans les mains de l'Etat, je reprends donc mon projet de vœu du Congrès de Rouen en le complétant par l'addition qui va suivre.

« Dans le cas où les traitements d'activité et les pensions de retraite du corps médical aliéniste seraient mis à la charge de l'Etat, comme on doit le désirer à tous les points de vue, et comme l'édicte l'article 45 du projet de loi sénatorial sur les aliénés, les médecins d'asile, réunis en Congrès, réclament comme conséquence de ce rattachement, le remaniement des traitements qui correspondent aux classes fixées par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876, et notamment la création d'une classe exceptionnelle de 9.000 fr. outre les avantages en nature.

« Ils demandent ensuite que ceux qui auront droit à leur retraite dans le délai « de deux ans à partir de la promulgation de la loi, dans le poste qu'ils occuperont, soient seuls appelés à jouir de leurs anciennes prérogatives, c'est-à-dire à voir leur retraite liquidée par la caisse des retraites de leur département de résidence », et je demande le vote de ce vœu dans son ensemble. »

IDÉES DE PERSÉCUTIONS OBSERVÉES CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS A PRÉOCCUPATIONS HYPOCHONDRIAQUES OU MELANCOLIQUES

M. Gilbert-Ballet. — Depuis le mémoire célèbre de Lasègue, les caractères qui différencient les unes des autres les idées longtemps confondues ensemble de persécution et de mélancolie, ont éte précisés avec netteté. Il est aujourd'hui de notion courante qu'entre le persécuté et le lypémaniaque, il y a toute la distance qui sépare le coupable de la victime : tandis que le premier s'en prend au monde extérieur des tourments dont il souffre, le second s'accuse lui-même ; aussi celui-ci est-il humble et résigné pendant

que le persécuté est plus ordinairement agressif et révolté. Ces distinctions fondamentales qui n'avaient pas échappé au talent d'observation de Guislain, ne sauraient être trop vivement mises en lumière : en contester la vérité, serait révoquer en doute une des notions les mieux établies de la séméiologie mentale. Je me propose cependant de montrer qu'elles ne sont pas absolument vraies dans tous les cas, et qu'il est telle circonstance où l'idée de persécution nettement caractérisée pourtant, s'associe au sentiment d'humble résignation, de mésestime du moi qui constitue le fond ordinaire des états lypémaniaques. Les persécutés auxquels je fais allusion accusent les autres, et se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme il convient à des persécutés ; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes ; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts : ce sont des victimes, mais coupables, et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes.

On saisira je pense, aisément chemin faisant, les différences très réelles, à mon sens, qui séparent des persécutés vulgaires les malades que j'ai en vue.

Voici, par exemple, un homme de 51 ans, ancien commissaire-priseur, actuellement employé d'une grande compagnie de chemin de fer. Cette homme est affecté depuis quelques mois d'une infirmité des organes génitaux, sur laquelle je reviendrai dans un instant. Or, il est convaincu que ses camarades, dans son bureau, ses collègues sur les différents points du réseau, sont au courant de son infirmité. On chuchote autour de lui, on le regarde d'une certaine façon, très significative. Il a entendu un jour un de ses camarades dire en passant près de lui : « Oh ! tu es eunuque. » Maintes fois on l'a appelé *vieux testicule*. Il y a eu au régiment caserné dans la ville qu'il habite une affaire de pédérastie. En diverses circonstances, on a fait devant lui allusion à cette affaire : on a murmuré en passant près de lui : « Tiens, tu es comme ça. »

Ce sont bien là des idées de persécution avec les interprétations délirantes, les hallucinations auditives qui accompagnent d'ordinaire ces idées. Sans doute jusqu'à présent le malade, qui est un timide, n'a pas réagi avec l'énergie fâcheuse que les persécutés

mettent d'habitude à le faire. Mais il n'est pas sûr de rester maître de lui. Et il craint, si les choses devaient ainsi continuer, de se laisser aller à des voies de fait.

Eh bien, ce persécuté, qui ressemble par la physionomie générale de son délire à tous les persécutés, s'en distingue cependant par un caractère de premier ordre. C'est à peine s'il en veut à ses persécuteurs. Il ne serait pas impossible qu'il les menaçât, ou les frappât, mais s'il le faisait, ce serait plutôt sous l'influence d'un mouvement passager d'impatience ou d'emportement, que pour satisfaire un sentiment de vengeance ; ses persécuteurs ne sont pas ses ennemis : « Ils n'ont aucune inimitié contre lui. »

Alors pourquoi le poursuivent-ils de leurs obsessions ? Pourquoi de Paris à l'extrémité du réseau s'occupent-ils de lui ? Pourquoi l'épie-t-on, chuchote-t-on sur son passage ? Pourquoi l'accable-t-on de railleries pénibles et lui adresse-t-on des épithètes injurieuses ? C'est à cause de l'infirmite dont il est atteint, infirmité réelle qui, chez un dégénéré (le malade est un dégénéré, je vais le montrer) a été le point de départ d'un échafaudage d'idées morbides.

Remontons un peu dans le passé de cet homme. Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus ; mais nous savons que le malade a toujours été un timide, préoccupé outre mesure de sa santé et ayant des tendances manifestes à l'hypochondrie. Il était depuis de longues années, et peut-être depuis l'enfance, affecté d'une hernie inguinale droite, d'ailleurs peu marquée et vraisemblablement peu gênante aux environs de 21 ans (et c'est ici que se révèle la tournure d'esprit hypochondriaque de cet homme). Il commença à se préoccuper outre mesure de sa petite infirmité. « Ça me gênait, dit-il, au point de m'obliger à renoncer à ma charge de commissaire-priseur. *Ça me préoccupait surtout.* Je craignais d'en voir apparaître une autre du côté opposé. » L'obsession devint si forte, qu'il se résolut à se soumettre à la cure radicale. Le chirurgien qui consentit à la faire ne s'y décida que contraint et forcé pour ainsi dire. L'opération réussit bien d'ailleurs, mais on fut obligé pour rentrer l'anse intestinale herniée, d'enlever le testicule droit retenu à l'anneau. C'est alors qu'à la préoccupation de la hernie, succéda celle de la monorchidie, qui tourmente actuellement le patient par-dessus tout. Je note en passant que le testicule gauche, celui qui subsiste, est d'une petitesse remarquable : il a à peine le

volume d'une petite noisette. On voit que chez cet homme, il y a plus d'un stigmate physique de dégénérescence : hernie congénitale, descente incomplète de l'un des testicules, petitesse extrême de l'autre.

Mais je poursuis. Du jour où le malade a été castré (octobre 1890), il est devenu plus timide, plus appréhensif que jamais. C'est alors que se sont organisées les idées de persécution dont nous avons parlé. Actuellement, pour mettre fin aux préoccupations qui l'assiègent, cet homme n'a plus qu'une pensée : se faire mettre un testicule artificiel. Il nous a montré des modèles en caoutchouc, en nickel, en or, qu'il a fait faire sur commande chez divers fabricants, et il poursuit son chirurgien pour que celui-ci consente à introduire et à fixer dans la bourse vide l'un de ces organes artificiels.

Il est convaincu qu'alors ses tourments prendront fin. Il deviendra moins timide, plus hardi. Puis, ajoute-t-il, « quand j'aurai mon faux testicule, il suffira que je dise à un de mes amis : ce qu'on dit n'est pas, pour que mon ami le colporte. Et alors mes ennemis actuels, *qui n'ont aucune inimitié contre moi, seront enchantés de la chose.* »

Cette dernière phrase peint très bien les idées de persécution observées chez notre malade : elle montre, si je puis dire, ces idées à cheval d'une part sur l'idée de persécution telle qu'on l'observe couramment, d'autre part sur l'idée mélancolique ou plutôt hypochondriaque. Notre homme se plaint des autres sans doute, mais il se plaint surtout de son infirmité. On le persécute c'est vrai, mais cette persécution a un motif que le malade reconnaît, et dont il exagère considérablement l'importance. Il s'agit là on le voit, d'un délire de persécution ayant pour point de départ une idée hypochondriaque et empruntant à ce point de départ certains caractères spéciaux.

Le second fait que voici est du même ordre que le précédent, quoiqu'à certains égards il en diffère.

Haut... a 18 ans. Il exerce avec succès la profession de dessinateur et a un véritable talent d'artiste. Il est apparenté à des nerveux : sa grand-mère, sa mère, une sœur, sont très nerveuses, mais n'ont jamais présenté de maladie caractérisée. Lui-même a

eu une enfance souffreteuse, mais il n'a pas eu de convulsions.

Tout jeune, il était moins gai que les enfants de son âge ; il était timide, concentré, peu communicatif ; il n'aimait pas la compagnie et n'éprouvait aucun plaisir à jouer avec ses camarades. Vers 15 ans, il se serait livré à des excès de masturbation auxquels il attribue toutes ses souffrances actuelles. Lorsqu'on va au fond des choses, on apprend que ces excès ont été beaucoup moins nombreux que ne le dit Haut... Il se serait livré à l'onanisme une ou deux fois par semaine, et seulement durant un mois ou deux : ce qui, ont le voit, est peu de chose. Mais vers l'époque où il se laissait aller aux entraînements qu'il déplore il lut un livre qui traitait « des organes génitaux et de l'impuissance. » Cette lecture le frappa et de ce moment il fut obsédé à la pensée des conséquences qui pouvaient résulter de ses excès. Je lui laisse la parole; il dépeint très exactement, dans une note qu'il m'a remise, son caractère, ses préoccupations et ses anxiétés.

« Tout jeune, et bien avant les abus auxquels je me suis livré, j'étais d'une timidité approchant de la sauvagerie. Je rougissais de la peur de rougir. En classe, si un de mes camarades faisait une plaisanterie, je changeais de couleur à l'idée que le professeur pouvait me soupçonner. J'aurais voulu me fourrer dans un coin noir lorsqu'il fallait entrer dans un endroit où une dizaine de personnes étaient réunies ; j'avais surtout une peur épouvantable des femmes. Après mes excès, il me semblait qu'on pouvait les lire sur ma figure ; je n'osais regarder personne de crainte de me voir découvert. Ça n'a fait qu'augmenter depuis. Je désirais toujours voir des femmes, mais je n'osais pas. J'ai été vraiment désespéré à partir du moment où un traité de physiologie sexuelle m'est tombé entre les mains. J'ai vu tout le mal que je m'étais fait. Je me suis dit que je ne pourrais jamais guérir de ça et j'ai pensé au suicide sérieusement dès le mois d'août 1890. Je n'avais pas d'arme ; j'en aurais eu une, j'aurais sans doute reculé.

« Je suis naturellement très ambitieux, j'ai beaucoup d'amour-propre ; quand j'ai commencé à dessiner, je me voyais déjà grand peintre. Cette tournure d'esprit contribue encore à me faire souffrir davantage quand je considère l'état d'impuissance physique et intellectuelle où mes excès m'ont mis. Je souffre depuis long-

temps de la tête ; j'en souffrais avant mes abus, mais surtout depuis. Il m'est actuellement très difficile de travailler d'une façon suivie : cela me fatigue puis je n'y ai pas le goût. J'ai de temps en temps des pertes la nuit. Ce qui m'afflige surtout, c'est de voir que je ne suis pas homme : j'ai la conscience que depuis mes excès, le développement de mes organes génitaux a été arrêté.

« Je n'ose pas sortir et suis à peine sorti depuis septembre 1890. Lorsque je suis dans la rue, il me semble que les passants me regardent tous, les uns avec surprise, les autres avec dégoût, d'autres avec pitié. Je me trouble de plus en plus lorsque quelqu'un me regarde. Je suis persuadé qu'on voit en moi ce que j'ai fait. Quand j'arrive à me persuader un instant qu'on ne peut le voir, il me semble qu'en me voyant changer de couleur on se moque de moi. Je suis même sûr que l'on s'en moque vraiment. Alors j'éprouve un sentiment de honte, de rage et de désespoir dans les deux cas. C'est lorsque la rage est la plus forte que je souffre le plus. Quand à la honte elle est continuelle : je serais seul dans une chambre que je n'en serais pas moins honteux. Même lorsqu'on ne me regarde pas, je rougis de penser que je vais rougir. Que j'écrive, que je lise, que je me distraie de toutes façons, l'obsession persiste. Dans la rue il me semble qu'il ne m'est permis de marcher que la tête baissée et que je n'ai pas les droits d'homme de mes camarades. »

Ce qui précède nous montre un individu d'une timidité excessive, maladive on peut dire, obsédé par le souvenir d'excès génésiques, dont il exagère considérablement et la gravité et les conséquences, enfin convaincu à tort que ses organes génitaux ont été arrêté dans leur développement.

Incidemment, je dois signaler un fait qui a son intérêt à un autre point de vue que celui qui nous occupe. Depuis plusieurs mois que nous suivons le malade, nous avons vu se développer sous nos yeux, une tuberculose testiculaire qui a nécessité une intervention chirurgicale. Faut-il attribuer à cette lésion le développement des idées hypochondriaques chez Haut... ? On n'ignore pas que divers auteurs, Esquirol, Bonet, d'autres encore, ont cité des cas dans lesquels de semblables idées sont apparues sous l'influence d'une lésion locale qui paraît en avoir été au moins la

cause provocatrice. Nous ne pensons pas qu'il en ait été ainsi chez notre malade, car ses préoccupations existaient déjà à une époque où les testicules paraissaient parfaitement sains. Nous serions plutôt portés à penser que la pensée d'Haut..., incessamment tournée vers ses organes génitaux, a créé là une sorte de *locus minoris resistentiæ* que la tuberculose a choisi pour s'y installer. Nous devons remarquer, au reste, qu'Haut... attache beaucoup moins d'importance à la lésion réelle et grave dont il est atteint, qu'au « rétrécissement et au défaut de développement » imaginaire de ses organes.

J'ai montré Haut... obsédé par des idées de culpabilité et par des idées hypochondriaques, il me reste à le montrer persécuté. Or, chez lui, les idées de persécution bien que spéciales, ne sont pas douteuses. Le malade est convaincu que les passants le regardent et l'observent, qu'ils se moquent de lui et le tournent en dérision. A l'hôpital, nous lui avions prescrit l'hydrothérapie ; il est allé trois fois à la douche. La troisième fois, il a constaté qu'un malade qu'il avait croisé dans la cour avait fait un geste à son passage ; ce geste voulait dire : « Il a l'air toqué. » A partir de ce jour, il a refusé de se rendre aux bains. Une autre fois, il a entendu un malade qu'il nous désigne, dire : « C'est une bête. » Ces paroles s'adressaient évidemment à lui. Au reste, à l'attitude, aux coups d'œil des autres malades, il reconnaît aisément qu'on fait allusion à son vice ancien et à son infirmité. Aussi, refuse-t-il systématiquement de sortir de la chambre exiguë où nous l'avons placé. « Je n'ose pas descendre dans la cour, nous dit-il, car je n'ai pas le courage de braver les attitudes des personnes que j'y rencontre. Puis je sens que je ferais un mauvais coup et que je me porterais facilement à des violences sur les personnes qui me regardent ainsi. »

Haut..., on le voit, est bien affecté d'idées de persécution, et ces idées sont entretenues chez lui par des interprétations délirantes. (Il ne nous est pas prouvé que le malade ait eu des hallucinations) Mais tout persécuté qu'il est, c'est un persécuté humble et repentant. Ce n'est pas un résigné, mais s'il en veut à quelqu'un, c'est moins aux autres qu'à lui-même. Il est plus confus que révolté. Son langage respire plutôt la tristesse que la colère. Il se sent capable de faire aux gens qui rient de lui un mauvais parti. Mais jus-

qu'à présent, il ne s'est porté, vis-à-vis des autres, à aucune menace, à aucun acte de violence. Un jour, à la vérité, il s'est armé d'un pistolet, mais il l'a tourné contre lui-même, et l'on sent sous la peau du dos une balle qu'il y a logée dans un moment de désespoir.

Des deux malades dont je viens de parler, je puis en rapprocher un troisième que j'ai récemment observé dans le service de la clinique à l'asile Sainte-Anne.

Henri Ad..., âgé de 32 ans, a une lourde hérédité pathologique; son père est mort aliéné à l'asile de Saint-Dizier; un grand-oncle maternel a été affecté de troubles mentaux, qui ont nécessité son internement. Le malade n'a rien présenté de bien particulier pendant son enfance et son adolescence: il était doux, timide, peu intelligent. Il est allé à l'école pendant huit ans et s'est fait remarquer par son peu d'aptitude à l'étude.

A l'âge de 28 ans, il a commencé à manifester des sentiments de misanthropie très accusés. Il ne voulait voir personne. La présence de ses parents, comme celle des étrangers le troublait et l'indisposait. Lorsqu'une personne entrait dans la pièce où il se trouvait, il pâlissait, tremblait, puis se retirait dans une chambre à côté; il revenait ensuite et le malaise paraissait dissipé. Il avait une crainte particulière des femmes. S'il lui arrivait de sortir et qu'il en vît venir une de son côté, il était pris d'un sentiment d'oppression, de barre à la poitrine, avec des sueurs et de la pâleur du visage. Il est pourtant très amoureux; en face de chez lui « il y a deux voisines auxquelles il songe avec plaisir ». Il les regarde souvent à travers les vitres en soulevant avec discrétion le rideau. Assez souvent, il lui est arrivé de se masturber en contemplant ses voisines ou en y songeant. Depuis deux ans, il est à peine sorti de chez lui, craignant, s'il allait dans la rue, d'être impressionné à la vue des passants et aussi d'être un objet de dérision de leur part.

C'est qu'en effet on le tourne en ridicule, on se moque de lui, on fait des allusions blessantes à ses mauvaises habitudes. Plusieurs fois il a entendu dans la rue des gamins crier : « Ouvre ta porte, maman. » Cela s'adressait à lui. Ces gamins avaient dû être payés par une maîtresse qu'il avait eue naguère vers l'âge de

16 ans. Dans la maison qu'il habite, les voisins font claquer leur porte pour lui faire comprendre qu'il a fait des cochonneries. Il ne leur en veut pas, mais cela l'agace. On lui crie : « Vois-tu ma petite sœur ; on l'a vu ; on le voit. » Tout cela le tourmente et le gêne beaucoup et cependant la faute en est à lui, c'est lui qui pèche. Il comprend que s'il allait dans la rue, un tas de voyous s'ameuteraient autour de lui ; on lui dirait : « Voyez le saligot, le branleur. » Il ne sait pas ce qu'il ferait si quelqu'un lui disait cela au passage ; quoiqu'il « prenne les choses philosophiquement, il serait capable de se venger. »

Dans cette observation volontairement écourtée d'un dégénéré faible d'esprit, nous retrouverons les mêmes idées de persécution que chez nos deux premiers malades, jointes à la conviction que la persécution, bien que pénible, a pourtant sa raison d'être et son motif. Le motif, ce sont les excès blâmables auxquels le malade s'est souvent laissé aller. Il s'agit là, si l'on peut dire, d'une persécution jugée légitime. Le malade sait bien qu'il est le coupable, il n'en est pas moins vexé des tourments qu'on lui fait subir, et disposé à l'occasion à la révolte et à la vengeance.

Les faits que je viens de rapporter ont trait à des cas de délire partiel chez des dégénérés. Si l'on envisage ceux chez lesquels les idées hypochondriaques ou de culpabilité s'associent à la dépression mélancolique, on voit quand on peut suffisamment analyser les symptômes que les idées de persécution s'y présentent avec les caractères de celles dont je viens de parler. M. Blin (1) a nettement indiqué la chose, sans y insister suffisamment à mon sens. « Si le malade, dit-il, après avoir indiqué son idée de persécution, donne pour explication que des ennemis veulent le dépouiller et auparavant le faire disparaître, on a vraisemblablement affaire à un persécuté vrai. De même s'il répond qu'on l'empoisonne parce qu'il a commis des crimes, il y a bien des chances que ce soit un mélancolique. Nous avons vu ce caractère égoïste du persécuté qui accuse les autres, tandis que le mélancolique s'accuse. » C'est une particularité que M. Séglas s'est attaché à faire ressortir dans plusieurs de ces leçons.

(1). — De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions. Th. de Paris, 1890.

Un fait que je résume en prouvera l'exactitude. Od... a 27 ans. Son grand-père maternel était sujet à des crises de mélancolie. Il a les lobules de l'oreille adhérents; les testicules sont très petits, mais il faut noter que le malade aurait eu naguère des oreillons avec orchite double. Vers l'âge de 14 ans, fièvre typhoïde assez grave. Reçu à l'école centrale en 1883, il fait peu de temps après son volontariat et aurait eu au régiment une première crise très légère de mélancolie. En 1884, il fait sa première année d'école. Aucun incident. En janvier 1886, il accuse une grande fatigue, est pris de tristesse et d'inquiétude. Il croit qu'on lui cache quelque chose, qu'on le soupçonne d'un fait blâmable. Il interrompt son travail, suit un traitement et guérit au bout d'un mois. Il reste bien portant jusqu'en 1890. A cette époque, au mois d'avril, il a un léger retour des mêmes idées fixes et de la même tristesse et se guérit en quelques jours. Il retombe en octobre 1890. C'est à cette époque que nous le voyons. La crise se présente, nous dit-on, avec des caractères identiques à ceux des crises antérieures. Au moment de notre examen, elle remonte à trois semaines et paraît déjà en voie d'amélioration. Od... nous raconte qu'au début de cette crise, il lui semblait qu'autour de lui ses camarades, par leurs gestes, leur langage manifestaient une sorte d'hostilité, le tournaient en dérision. Il ne paraît pas avoir eu d'hallucinations, mais simplement des illusions.

Ayant constaté ces dispositions malveillantes, il a cherché d'où elles pouvaient provenir. Il a fini, après s'être arrêté à diverses interprétations, dont il n'a pu garder le souvenir, par penser que l'attitude de l'entourage avait pour origine et raison le fait suivant : il se serait un jour masturbé dans un compartiment de chemin de fer. Il pense qu'on l'aura aperçu, que la chose se sera sue. De là l'ironie avec laquelle on l'accueille et la malveillance qu'on lui témoigne.

Je ferai remarquer que chez tous les malades dont je viens de parler les préoccupations hypochondriaques se rapportaient aux organes génitaux et les idées de culpabilité à des excès génésiques authentiques ou supposés.

L'exposé des faits tel que je viens de le donner, me dispensera

d'entrer en terminant dans de longues réflexions : j'en présenterai seulement quelques-unes et très brèves.

Je n'ai pas eu pour but, ai-je besoin de le dire, de faire ressortir dans cette note, la relation qui relie souvent aux idées hypochondriaques les idées de persécution. Pareille prétention aurait surpris après les travaux de Morel, qui naguère, on le sait, a mis le fait bien en lumière. Mais j'ai voulu montrer qu'à côté des hypochondriaques qui deviennent des persécutés vulgaires, il en est d'autres chez lesquels les idées de persécutions affectent des caractères un peu spéciaux. J'ai cherché d'ailleurs à établir que ces idées de persécution à physionomie anormale se rencontrent aussi dans certains états de dépression mélancolique. Je pense même avec M. Séglas, que s'il était possible plus souvent d'analyser avec précision les caractères que l'idée de persécution revêt quand elle surgit au cours de la mélancolie, on constaterait probablement que, d'ordinaire, elle affecte la physionomie de celles dont j'ai parlé.

Cette physionomie s'explique par la nature du trouble fondamental d'où l'idée de persécution dérive et qu'elle accompagne. Les individus que poursuit l'obsession d'une infirmité dégradante ou d'une culpabilité imaginaire ne peuvent être que ce qu'ils sont, des honteux ou des humbles. Sans doute, ils n'ont pas toujours la résignation passive du mélancolique vulgaire, mais ils n'ont pas non plus les colères et les haines des persécutés ordinaires. Ils n'acceptent pas de gaieté de cœur et sans protestation les taquineries qu'on leur fait subir, mais tout en protestant, ils semblent reconnaître que ces taquineries sont méritées et dans une certaine mesure, légitimes.

Je ne m'arrêterai pas à décrire l'évolution de ces idées de persécution. Survenant chez des dégénérés, elles ont de la tendance à affecter la marche rémittente qu'ont d'ordinaire les troubles mentaux chez ces malades. Leur évolution paraît intimement liée d'ailleurs à celle du trouble fondamental (hypochondriaque ou mélancolique) qui leur a donné naissance : transitoires et rémittentes quand l'idée hypochondriaque est susceptible de rémissions, comme chez notre second malade, plus tenaces comme chez le premier quand la conviction maladive première est elle-même plus durable.

M. Ritti. — Je ferai remarquer, à propos du premier malade dont M. Ballet nous a rapporté l'histoire, que les malformations diverses des organes génitaux sont très souvent l'origine de préoccupations hypochondriaques se transformant plus tard en idées de persécution. A partir de ce moment, ces cas signalés déjà par plusieurs auteurs, évoluent comme un délire de persécution vulgaire.

M. Ballet. — Je ne l'ignore pas ; mais ce que j'ai eu l'intention de montrer, c'est que chez ces malades, les idées de persécution ont une évolution spéciale. Au lieu d'accuser les autres, ces persécutés s'accusent eux-mêmes comme les mélancoliques.

M. Régis. — Je demanderai si, chez les persécutés qui tiennent à la fois et des mélancoliques et des persécutés, on note des tentatives de suicide, contrairement à ce qui se passe chez les persécutés vrais, le plus souvent portés à l'homicide.

M. Ballet. — Un de mes malades a fait une tentative de suicide.

M. Séglas. — Le point le plus intéressant de la communication de M. Ballet est la nature particulière des idées de persécution de ses malades. On ne les rencontre guère sous cette forme que dans les délires liés à la mélancolie et c'est là un point signalé déjà par quelques auteurs, entre autres Schuele, et sur lequel j'ai insisté pour ma part dans différentes publications (1). Les idées de persécution qu'on trouve chez les mélancoliques délirants ne sont pas des idées de persécution vraies. Au lieu de reposer sur un fonds d'orgueil, elles reposent sur le fonds d'humilité particulière aux idées mélancoliques ; elles sont empreintes aussi de ce caractère particulier de résignation qui leur est propre, car le malade trouve ces persécutions justifiées par son indignité et cette étiquette de persécution que revêt le délire ne l'empêche pas d'être

(1) Voir J. Séglas. — Diagnostic des délires de persécution systématisés (*Semaine médicale* 15 novembre 1890) et les idées de persécution (*Journ. des Conn. méd.* 1er et 8 octobre 1891).

toujours et avant tout un auto-accusateur. Or, les malades de M. Ballet ont des idées de persécution absolument semblables et cependant ils ne présentent aucun symptôme de mélancolie ; les troubles émotionnels et abouliques du début qui sont la base du délire, ont ici complètement fait défaut. Au contraire l'évolution des cas qu'il rapporte se rapproche de celle qu'on observe chez les persécutés par l'apparition primitive du délire, sans troubles émotionnels ou volontaires préalables. Nous ne dirons pas que ces malades sont à la fois mélancoliques et persécutés. Ce sont de simples faits de transition; si les caractères des idées de persécution sont ceux des idées de même nature chez le mélancolique, l'ensemble de la maladie, l'évolution font ces cas beaucoup plus voisins des délires ordinaires de persécution.

J'ai observé un cas, sinon tout à fait semblable, au moins comparable : celui d'une femme qui après une période d'accidents neurasthéniques et dyspeptiques très marqués fut prise subitement d'idées délirantes de persécution, reposant sur un fonds d'humilité qui lui faisait dire que si on la poursuivait, si on la regardait de travers, c'est qu'elle avait tout mal fait, qu'elle avait tous les défauts, qu'elle n'avait pas rempli ses devoirs. Cette idée de persécution était en somme celle des mélancoliques, bien que la malade n'eut jamais présenté aucun symptôme de mélancolie. Sauf cela, l'aspect général, la marche de la maladie l'eussent fait considérer comme atteinte d'une des variétés de délires de persécution que nous rencontrons habituellement. Il était chez elle encore quelques particularités importantes à signaler, parce qu'elles dénotaient la présence de ce même terrain psychopathique, signalé par M. Ballet dans ses observations. D'abord la malade était une émotive au plus haut point ; ses idées délirantes étaient très rémittentes, se présentant par bouffées d'une durée plus ou moins longue. Les idées étaient presque toujours conscientes chez elles, mais cependant tout en les jugeant déraisonnables, elles ne pouvait les dominer, enfin, elles s'accompagnaient toujours et surtout dans les paroxysmes d'un état d'angoisse très prononcé. J'ajouterai que les crises délirantes étaient toujours chez elle en rapport avec une aggravation des désordres neurasthéniques et dyspeptiques; ces derniers étant toujours les plus marqués, et que nous vîmes les troubles intellectuels s'atténuer d'une façon

considérable, les rémissions se prolonger sous l'influence d'une thérapeutique et d'une hygiène appropriés s'adressant surtout aux troubles des fonctions digestives.

GOITRE EXOPHTALMIQUE ET DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

M. Raymond (de Paris) lit un travail fait en collaboration avec M. Sérieux :

L'existence de troubles psychiques au cours du goitre exophtalmique a été signalée par les premiers observateurs qui étudièrent cette affection. Basedow, en 1840, avait déjà noté le changement qui se manifestait dans le caractère des malades, leur état d'excitation ; il faisait remarquer que ces sujets sont souvent considérés comme des fous par les gens du monde (1). Trousseau dans ses leçons, insista également sur la bizarrerie du caractère, l'irritabilité, l'ingratitude de ces malades. Plus tard, en Angleterre et en Allemagne, on montra que des psychoses véritables pouvaient coexister avec la maladie de Graves, et divers observateurs ont, en France, dans ces dernières années, attiré l'attention sur les délires qui se rencontrent chez les exophtalmiques. Un grand nombre d'auteurs les ont considérés, et cette opinion compte encore aujourd'hui des défenseurs, comme des troubles fonctionnels faisant partie intégrante de l'affection dont ils constitueraient ainsi les symptômes d'origine cérébrale : la maladie de Basedow était donc envisagée comme une *névrose générale* ayant à la fois des signes spineaux, bulbaires et cérébraux. Ces « symptômes cérébraux » ne se bornent pas à des modifications du caractère et à des accès de manie ; ils peuvent au contraire revêtir les aspects les plus divers et reproduire les traits de la plupart des formes vésaniques.

Récemment, on s'est attaché à démontrer que, dans maintes circonstances, il s'agissait en réalité d'une association d'une psy-

(1). Cité par Bœdeker, *Kasuisticher Beitrag, zur Kenntniss des Irreseins bei Bas edow'scher Krankheit (Charité Annalen,* 1889).

chose bien définie (délire hystérique, mélancolique, etc.) à la maladie de Basedow, et que, là où l'on ne voyait auparavant que les phénomènes psychiques relevant d'une névrose (folie névropathique), l'analyse clinique montrait la coexistence de deux espèces morbides autonomes, ayant chacune ses signes pathognomoniques. Nous voudrions précisément montrer que l'association au goitre exophtalmique des états dégénératifs n'est pas rare, et que c'est à la dégénérescence mentale qu'il faut attribuer la déséquilibration psychique, les idées obsédantes, les impulsions (syndromes épisodiques des dégénérés de Magnan), et certains délires que l'on rencontre chez les sujets atteints de la maladie de Basedow. Peu nombreux sont jusqu'ici les auteurs qui se sont attachés à l'étude de ces faits : nous résumerons rapidement le résultat des recherches bibliographiques que nous avons entreprises à ce sujet.

Solbrig (1870) rapporte l'observation d'une femme de quarante-deux ans, à tares héréditaires, atteinte de goitre exophtalmique, et chez laquelle on observa un accès mélancolique, des tendances aux paradoxes et des *idées obsédantes de tuer ses enfants* qu'elle aimait énormément. La malade guérit (1).

L'un de nous en 1888 (2) signala chez une femme atteinte de maladie de Basedow, l'existence d'*idées obsédantes*, d'*impulsions* ayant tous les caractères des stigmates psychiques des dégénérés (obs. XVII).

Rivalier (3), dans sa thèse (1889), rapporte très brièvement quelques exemples, chez des exophtalmiques, d'*impulsions à frapper* (obs. I, VII, XI). Le malade qui fait l'objet de cette dernière observation éprouvait sans motif un besoin irrésistible de frapper quelqu'un : il lui semblait qu'il retirerait de l'accomplissement de l'acte un grand soulagement.

M. Renault (de Lyon) fait allusion, sans autres détails, à un cas qu'il a observé, de *kleptomanie* liée à la maladie de Basedow (4). Eulenburg a constaté la coexistence d'un *tic convulsif* et d'accès

(1). Cité par Déjerine, *l'Hérédité dans les maladies du système nerveux* (Paris, 1886), et Martin, *Thèse*, 1890.

(2). P. Sérieux, *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel* (Paris. *Thèse*, 1888.)

(3). Rivalier, *Contribution à l'étude de la maladie de Basedow* (*Thèse*, Paris, 1889).

(4) Renault, *Bulletin Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mars 1890.

alternatifs de manie et de mélancolie avec le goitre exophtalmique (1).

Nous rappellerons également une observation intéressante rapportée à la fois par les docteurs Boeteau et A. Vigouroux (2). Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans, petite-fille et nièce d'hystériques, intelligente, instruite, passionnée pour la musique et qui a toujours été émotive.

Six mois avant le début du goitre exolphtamique, elle présente du *délire du toucher:* elle redoute le contact des objets en cuivre ; quand elle obligée de les toucher elle éprouve un sentiment d'angoisse. Elle raconte elle-même qu'elle a toujours eu de petites manies; elle ne peut supporter que l'on trouble en rien l'ordre de sa chambre. Elle n'a jamais voulu longer une rivière, et c'est pour elle un supplice que de traverser un pont ; elle a présenté des idées obsédantes, *du doute:* il lui arrivait de regarder à plusieurs reprises si la porte était bien fermée, elle ne s'endormait pas avant d'avoir visité plusieurs fois le foyer de l'appartement, par peur du feu ; elle décachetait plusieurs fois les lettres qu'elle envoyait. Elle a eu aussi de l'*arithmomanie,* elle comptait automatiquement et malgré elle les pavés de la rue, les marches des escaliers, qu'elle fût seule ou occupée à causer avec quelqu'un. Ces différents stigmates psychiques de la dégénérescence se présentaient chez elle avec leurs caractères habituels de conscience, d'irrésistibilité, d'angoisse et de satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte. Dans le cours de la maladie de Basedow, ces obsessions firent place à la dépression mélancolique, à des idées obsédantes de suicide, à des phénomènes neurasthéniques, à des impulsions à siffler les mesures d'un air au milieu d'une conversation. Un an après, les symptômes de la maladie de Basedow s'étaient très amendés, mais les idées obsédantes (arithmomanie, doute) avaient reparu : dans la rue la malade était prise d'anxiété à la vue d'un chien; ses jambes tremblaient sous elle, son corps se couvrait d'une sueur froide; quelquefois la présence d'une personne, d'un objet sur lequel elle s'appuyait calmait son angoisse.

(1). Eulenburg, *Ziemssen's Handbuch*.

(2). Boeteau, *Des troubles psychiques dans le goitre, exophtalmique* (*Thèse*, Paris, 1892). — Aug. Vigouroux, *Traitement du goitre exophtalmique par la faradisation* (*Gaz. méd. des hôpitaux*, 1er décembre 1891).

Les observations qui démontrent l'association de la déséquilibration mentale ou des délires des dégénérés avec la maladie de Basedow sont rares et souvent mal interprétées. Les anomalies du caractère, de l'intelligence sont presque toujours considérées comme faisant partie des symptômes psychiques du goitre exophtalmique. Les auteurs n'insistent pas toujours sur les caractères particuliers des idées délirantes qui pourraient les faire attacher à la dégénérescence mentale. Savage rapporte une observation d'excitation maniaque avec idées de grandeurs, chez une héréditaire exophtalmique. Johnstone relate l'histoire d'une malade chez laquelle, à des idées obsédantes hypochondriaques, succéda un accès d'agitation maniaque (cité par Jacquin).

Bœdeker, dans les *Annales de la Charité* de Berlin, a recueilli un certain nombre de faits dont quatre personnels. Quelques-uns paraissent devoir être classés parmi les délires de la dégénérescence mentale : dans l'un, il s'agit d'une femme de quarante-six ans, sur l'état mental antérieur de laquelle les renseignements font défaut, mais dont l'état de dégénérescence est prouvé par ses tares héréditaires et par la succession de bouffées délirantes variées (deux accès mélancoliques — un accès de délire hallucinatoire ; — père alcoolique ; mère très nerveuse, ayant parfois du tremblement des mains ; grand-père alcoolique ; fils : a eu un accès ambitieux qui a guéri, a fait une tentative de suicide). La malade a eu un premier accès de délire mélancolique passager, après un accouchement ; plus tard se manifestent les signes de la maladie de Basedow, sur laquelle viennent se greffer des troubles neurasthéniques. Enfin éclate un accès de délire mélancolique qui guérit. Trois mois après survient un accès de délire hallucinatoire, qui disparaît en deux mois.

Bœdeker a observé chez une autre exophtalmique de vingt-huit ans, dont la mère était également atteinte de la maladie de Basedow, des craintes hypochondriaques survenues sur un terrain de débilité mentale ; puis un accès délirant avec des manifestations épileptiques, enfin un second accès caractérisé par des idées de persécution et des idées de grandeurs, accompagnées d'hallucinations de l'ouïe très actives.

Une autre observation de Bœdeker (citée par Jacquin) concerne une femme de vingt-quatre ans, à antécédents héréditaires psycho-

pathiques, atteinte de maladie de Basedow depuis trois ans. Un accès mélancolique éclate avec des hallucinations auditives et visuelles pénibles, des idées de suicide : dans le cours de l'accès se manifestent des bouffées très passagères d'excitation maniaque (loquacité, excitation, chants).

Jensen rapporte l'observation d'une femme mariée de trente et un ans, à tendances mélancoliques depuis la jeunesse, irascible, opiniâtre, susceptible, chez laquelle, au cours du goitre exophtalmique, on voit se succéder en six mois un accès de délire mélancolique (anxiété, agitation, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe), un accès maniaque, et enfin un accès de délire hallucinatoire qui guérit. (Cité par Bœdeker).

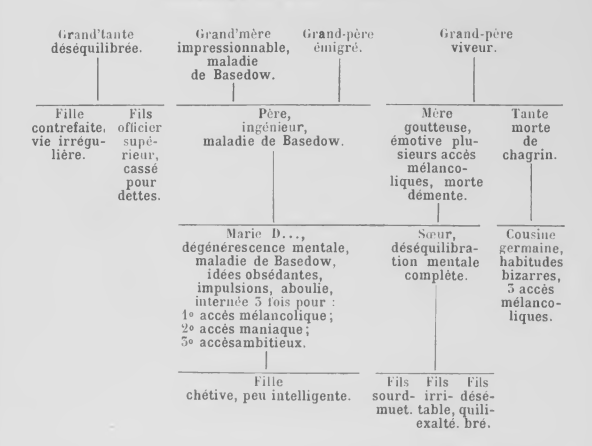
Rappelons enfin une observation de Meynert (jeune fille de dix-sept ans à antécédents névropathiques héréditaires — délire d'emblée ; agitation maniaque ; hallucinations de la vue), et un fait rapporté par M. Kéraval (*Thèse* de Martin, 1890) : excitation maniaque chez un déquilibré.

La rareté relative de ces faits tient, nous en sommes convaincus, à ce que l'attention des observateurs n'a pas été suffisament attirée de ce côté ; c'est ce qui nous a décidés à réunir les observations de quatre malades atteintes de goitre exophtalmique et chez lesquelles la dégénérescence mentale héréditaire se traduisait par un état de déséquilibration psychique, des idées obsédantes, des impulsions et enfin des états délirants caractéristiques. A ce propos nous reviendrons sur la question toujours à l'ordre du jour des rapports de la maladie de Basedow avec les troubles psychiques qui lui sont associés.

Obs. 1. *Tares héréditaires. — Hérédité convergente et similaire. — Dégénérescence mentale. — Déséquilibration. — Scrupules. — Emotivité extrême. — Exaltation. — Surmenage. — Chagrins. — Maladie de Basedow ; tachycardie ; exophtalmie ; goitre ; tremblement ; crises diarrhéiques. — Syndromes épisodiques ; terreurs morbides ; arithmomanie ; claustrophobie ; impulsions à frapper, à se déshabiller, à acheter ; aboulie ; absence d'appétit sexuel ; allures et aptitudes masculines. — Trois accès délirants en un an : 1° accès mélancolique passager ; 2° accès d'excitation maniaque ; 3° accès de délire ambitieux.*

Marie D.... âgée de quarante ans, entre à Sainte-Anne (service de M. Magnan), en janvier 1888. C'est une artiste d'un talent supérieur, d'une intelligence vive, mais complètement déséquilibrée. Les tares psychopathiques abondent dans sa famille.

Tableau généalogique de Marie D...



Antécédents héréditaires; ligne paternelle. — *Père*, ingénieur, a occupé en Russie une situation considérable. C'était un viveur. Il avait de l'*exophtalmie* et des *palpitations*. *Grand-père*, émigré, directeur d'une manufacture importante. *Grand'mère*, très impressionnable; avait également des *palpitations* et de l'*exophtalmie*. Elle est morte d'un anévrisme. La *sœur* de cette dernière était *mal équilibrée :* elle négligeait sa famille, était désordonnée, prenant une chaise pour alimenter sa cheminée, etc. Elle poursuivait le roi de ses pétitions, postant sur son passage ses filles vêtues de blanc, pour lui présenter des placets. L'une de celles-ci, *contrefaite,* a mené une existence irrégulière ; un fils officier supérieur, a été cassé pour dettes.

Ligne maternelle. — *Mère, goutteuse.* Avait quarante-quatre ans à la naissance de la malade : très insouciante et frivole. A eu *plusieurs accès de dépression mélancolique,* dont un d'une durée de six mois, alors

qu'elle était enceinte de la malade. Un jour traversant un fleuve gelé, la glace se rompit derrière elle; depuis, elle reste parfois fort longtemps sur la rive sans pouvoir se décider à franchir la rivière; maintes fois il lui a fallu y renoncer. Elle est morte démente à quatre-vingt-quatre ans. *Tante* est «*morte de chagrin,* dans l'anéantissement ». La *fille* de celle-ci a toujours eu des *manies* singulières, collectionnant des objets de rebut (vieux bouchons, etc.), se privant de tout, elle et ses gens, pour distribuer son argent aux autres. A partir de soixante ans, elle a eu à trois reprises des *accès de délire mélancolique. Grand-père* viveur.

La *sœur* de la malade a la réputation d'une folle; elle est en réalité complètement déséquilibrée : existence irrégulière jusqu'au mariage ; instabilité extrême, insouciance, désordre. Dénuée de sentiments affectifs à l'égard des siens, elle montre un amour excessif pour les animaux dont elle se plaît à s'entourer; elle a des élans irréfléchis de philanthropie, qui lui font abandonner sa famille pour aller soigner des étrangers. Pendant le siège elle recueille, chez elle, une inconnue avec 6 enfants ; mais elle ne s'occupe pas de l'instruction et de l'éducation des siens. Elle est criblée de dettes, gaspille sans cesse d'une façon tout à fait extravagante. Pour obtenir le divorce elle a fait une dénonciation calomnieuse contre son mari, l'accusant de contrefaire des billets de banque. De ses enfants l'un est *sourd-muet* ; l'autre exalté, instable, fait en Amérique des « cures merveilleuses par le magnétisme » ; un troisième n'a pu s'occuper d'une façon suivie. La *fille* de la malade est chétive, peu intelligente.

Antécédents personnels. — Mme D., dont le développement dans la première enfance avait été assez lent (retard dans l'apparition de la parole), eut à l'époque de sa première communion, des *scrupules*; elle s'imaginait sans cesse avoir commis quelque faute. Plus tard il lui arriva de ne point communier, obsédée qu'elle était par la crainte d'avoir quelque péché a se reprocher. Elle croyait également à cette époque que tout le monde la détestait. Pas de maladie dans la jeunesse, sinon des névralgies temporales.

Toute sa vie elle s'est surmenée : très passionnée pour son art, elle dormait peu et travaillait sans cesse; elle avoue être incapable de garder aucune mesure. Mariée sans amour à un artiste, déséquilibré comme elle, déjà père d'enfants idiots, la vie conjugale ne fit que fournir un nouvel appoint à sa surexcitation cérébrale : elle commet des excès vénériens, devient très irascible, «pleure nuit et jour ». C'est il y a huit ans, pendant une grossesse, que se sont montrés les premiers signes du goitre exophtalmique; des palpitations surviennent, son cou se met à grossir, ses yeux deviennent saillants. Depuis six ans, la peau qui avait toujours été brune prend une teinte bronzée; parfois apparaissent des bouffées de chaleur, de l'effondrement des jambes, des fringales, des diarrhées incoercibles, indolentes, qui se produisent spontanément et durent quelques jours ; à la moindre émotion se produit un tremblement très accentué.

Mme D... a toujours fait preuve d'un grand dévouement ; charitable, désintéressée, elle a su conserver de hautes amitiés. Pendant le siège elle soignait les blessés ; elle aurait, paraît-il, refusé la croix qu'on lui proposait. D'une nature énergique, elle tient la tête de son enfant pendant qu'on lui pratique la trachéotomie. Une fois qu'elle eut gaspillé le peu que lui avait laissé son mari, elle se trouva dans une situation précaire, obligée d'emprunter çà et là : elle n'en restait pas moins prodigue sans mesure avec ceux qu'elle aimait. Peu à peu sa surexcitation s'accrut ; ses idées religieuses tournèrent au mysticisme ; on la vit, aux bains de mer, engager un procés ridicule aves ses fournisseurs.

En 1887, fatiguée par les difficultés et les épreuves quotidiennes d'une existence sans direction, elle se livre avec plus d'ardeur à des pratiques religieuses, puis se fait des reproches, craint d'être envoyée à Saint-Lazare pour ses dettes ; pendant un temps elle eut conscience de son état de désarroi moral : « Rendez-moi la raison, disait-elle, je sens que je la perds ». En juillet elle s'imagine être en butte à des machinations de la part de son entourage ; elle croit surprendre une amie de sa mère, qui la loge, pratiquant des attouchements sur sa fille âgée de cinq ans. Elle se livre à des voies de fait, court les rues jusqu'à une heure avancée, son enfant sur les bras, et va se réfugier dans un hôtel ; la nuit elle crie au feu. Internée dans une maison de santé, elle y arrive très exaltée, avec des hallucinations de l'ouïe, de la vue. Elle a des terreurs imaginaires, croit son enfant mort, s'imagine qu'on veut abuser d'elle, s'agite, refuse de s'alimenter, fait une tentative de suicide. Trois semaines après, cette bouffée délirante avait disparu.

En décembre de nouveaux troubles surviennent ; l'exaltation va grandissant ; Mme D... croit qu'on cherche à pénétrer dans son appartement, lance des invitations pour une réunion tout imaginaire, fait des préparatifs pour un voyage à Naples ; oublie sa fille chez un coiffeur, puis, dans un hôtel, s'écrie qu'on lui a volé son enfant, porte plainte et enfin arrive à Sainte-Anne.

A l'asile, son état d'excitation intellectuelle ne tarde pas à s'amender ; elle conserve des idées de persécution, prétend que sa famille l'a fait interner pour lui enlever la clientèle de ses élèves. Les lettres nombreuses qu'elle écrit sans cesse témoignent de sa mobilité d'humeur et de son instabilité : « Que Dieu me laisse la direction de ma fille et éloigne à jamais mes ennemis qui sont ma mère et ma belle-sœur... » Puis quelques instants après : « *Ma chère amie, j'ai une envie folle d'une bouteille de champagne, vous me feriez le plus grand plaisir de m'en apporter une et de la cacher sous votre manteau. Je pleure jour et nuit...* » Quelques heures après une autre lettre : « Si M. votre mari est heureux à la chasse, je vous demande de m'envoyer un petit lapin avec tout ce qu'il faut pour le faire cuire... Je suis internée à Sainte-Anne pour mes etrennes, est-ce ma mère qui a quatre-vingt-quatre ans, ou bien plutôt la famille B... jalouse de mes succès, je l'ignore ?... Ne suis-je pas toujours sur la

croix depuis bientôt dix ans, je commence à avoir une telle lassitude de la vie, que la mort serait la bienvenue. »

Son caractère mobile, excentrique, se révèle à chaque instant : elle fait des projets irréalisables, s'enthousiasme et se lamente, se montre tour à tour souriante et alarmée. Elle est au désespoir d'être sans nouvelles de sa fille ; mais elle chante néanmoins avec gaîté ; elle pense à se remarier, et c'est de Sainte-Anne qu'elle entreprend une correspondance régulière avec celui qu'elle veut épouser. Elle fait des promesses à tous ceux qui l'entourent, malades et infirmières : elle se propose de fonder un lit à l'asile, oubliant qu'elle est dans la nécessité. Elle demande comme une grâce d'assister aux conférences de médecine mentale : « elle s'habillera en homme s'il le faut, dit-elle, ce ne serait pas la première fois ». Elle s'occupe de mariage entre ses amies et des employés de l'asile. A sa sortie elle fera fermer le couvent qui a recueilli sa mère et fera séquestrer sa sœur. On lui demande quel livre elle veut lire, elle répond : « la Philosophie de Leibnitz » ; puis elle avoue « avoir une envie folle d'un gardenia, elle donnerait sa fortune pour en avoir un ». Un instant après, elle confie qu'elle a passé une nuit d'insomnie : elle a dit des prières à l'intention d'une personne qui lui est chère, puis des scrupules l'ont obsédée ; elle démêlait dans ses vœux une part d'égoïsme ; alors il lui a fallu recommencer ses oraisons ; enfin elle demande à voir l'aumônier.

Mme D... est une femme de taille au-dessus de la moyenne, très maigre, à physionomie toute masculine. Elle présente des nodosités au niveau des articulations des premières et deuxièmes phalanges comme son père, auquel elle ressemble, dit-elle, au physique comme au moral. On est frappé au premier abord par une exophtalmie assez accentuée ; le goitre n'est pas très développé, le pouls est à 96. Pas de signe de tabes ni d'hystérie. (L'examen du champ visuel n'a pas été pratiqué.)

Mme D..., le calme une fois rétabli, peut nous faire connaître les particularités d'un état mental pathologique dont elle a conscience. Elle reconnaît être d'une émotivité extrême qui la rend tributaire de la température, d'un rayon de soleil ; un rien l'abat ou l'excite. La moindre émotion, la vue d'une personne sympathique la trouble : sa sensibilité excessive se satisfait dans les démonstrations d'amitié très affectueuses, dans les embrassements prolongés dont elle est prodigue, dans les cadeaux et les prévenances dont elle accable ses amis. Son langage trahit sa tendance à tout exagérer ; elle emploie sans cesse les expressions : « adorable,... canaille. » L'idée de mourir se présente chez elle au moindre prétexte, quand elle a mal à la tête. Elle aime à se poser des questions sur la vie future : la métempsycose la préoccupe ; elle sent à ses côtés les morts qui lui sont chers ; elle s'est occupée de spiritisme ; elle a une religion à elle : « nous irons revivre dans une autre planète pour approcher de la perfection », etc.

Mme D... nous donne quelques détails sur les idées obsédantes et les impulsions qui la tourmentent depuis longtemps. Elle a, dit-elle, une

peur effroyable quand il lui faut traverser la place Saint-Augustin ; elle se met à trembler, dans l'impossibilité complète d'avancer, elle doit demander le bras d'un passant pour sortir d'embarras ou faire un grand détour pour éviter la place. Il ne s'agit pas là d'agoraphobie ; l'angoisse provient d'une idée obsédante, d'un pressentiment qu'elle a d'être écrasée sur cette place, et ne se produit pas en d'autres endroits. Elle a en outre facilement le *vertige*, par exemple étant montée sur un âne ; elle a grand'peur du vide, il lui est impossible de monter sur une hauteur sans éprouver une sensation bizarre, « il lui semble qu'elle va accoucher, elle a mal à la matrice » ; sa mère éprouvait les mêmes phénomènes. Mme D... n'aime pas séjourner dans des pièces étroites ; elle fait abattre les cloisons de ses appartements, n'est à son aise que quand les fenêtres sont ouvertes ; dans une loge de théâtre elle éprouve un sentiment de malaise et doit changer de place. Il lui est également impossible de rester dans une chapelle souterraine sans oppression. S'agit-il là de *claustrophobie* véritable ou de phénomènes liés à la maladie de Basedow *(sensation de chaleur, dyspnée)* ? La chose est difficile à élucider.

Il existe également de l'*arithmomanie* : Mme D... se sent poussée à compter les dessins du papier sur les murs ; dès son arrivée à l'asile, elle s'est mise à compter les carreaux ; quand elle les a dénombrés un par un, elle les compte deux par deux, puis quatre par quatre. Elle en connaît le chiffre exact ; elle sait qu'il y en a 72 à telle série de fenêtres. Quand elle découvre une fenêtre dont elle ignorait l'existence, elle en compte les carreaux : « Je ne le veux pas, dit-elle, et je le fais cependant » ; parfois pour s'empêcher de compter, elle dit son chapelet. Quelquefois elle est poussée à prononcer toute une série de chiffres et n'est satisfaite qu'une fois arrivée à 100. Elle lutte, mais succombe souvent.

D'autres impulsions surviennent, plus bizarres et plus impérieuses. Un jour son médecin devant l'ausculter, elle est poussée à se déshabiller presque complètement devant lui, elle se rendait compte de ce que cet acte avait d'insensé, mais elle ne pouvait y résister. Ce fait s'est renouvelé à deux reprises. Une autre fois, c'est malgré elle pour ainsi dire qu'elle fait certaines confidences, tout en se blâmant de son excès de confiance. Le jeu l'attire : un jour étant avec son fils à une table de jeu, elle se sent poussée d'une façon impérieuse à jouer ; si elle eût été seule, elle aurait joué toute sa fortune. Elle n'a pas voulu y retourner une deuxième fois, se défiant d'elle-même : « Je me connais, je n'y résisterais pas. » A l'asile, agacée pendant la nuit par les cris d'une malade, elle a un désir violent de la battre ; elle y résiste, mais l'obsession persistant le matin, il lui faut la satisfaire, et elle va frapper sa voisine sur la main.

Dans la période d'épuisement et de malaise qui précéda de plusieurs mois son internement, elle souffrit, pendant plusieurs semaines, d'une *aboulie* très nette. Elle commence dix lettres sans pouvoir les finir, elle a bien la volonté d'écrire ; mais elle ne peut le faire. La lutte se prolonge jusqu'à deux heures du matin, et elle se couche sans les avoir écrites. Elle

veut aller à l'église, elle ne peut : « *c'était une impuissance complète, une sensation horrible* ». Elle prend une voiture, voulant aller offrir un bouquet à son médecin, il lui est impossible d'en donner l'adresse, qu'elle sait et qu'elle voudrait donner. On lui ordonna de la viande crue; très désireuse de suivre son régime, elle ne peut donner à sa bonne l'ordre de lui apporter la viande. Au moment de sortir, elle ne peut se décider à mettre son chapeau; elle lutte longtemps, « souffrant énormément ». Elle en était arrivée à ne pouvoir se laver : elle mettait l'eau dans la cuvette et restait devant, attendant, impuissante; son mari la stimulait, elle répondait : « Je ne puis pas ». Elle a lutté trois jours avant de se décider à aller voir son médecin : elle descend, puis remonte chez elle; enfin, le quatrième jour, à six heures du matin, elle part. A son arrivée, elle est dans un tel trouble qu'elle peut à peine s'expliquer; quand vient le moment de prendre congé, elle ne peut le faire, elle prolonge sa visite, sans motif, d'une façon exagérée. Elle redoute parfois d'entrer dans un magasin, ne pouvant se décider à une acquisition quelconque et craignant de lasser la patience des marchands. Elle a eu pendant six mois besoin d'une jupe sans pouvoir se résoudre à l'acheter; elle a dû prier une amie de le faire pour elle.

A côté de ces phénomènes d'aboulie, elle a eu, à d'autres époques, des impulsions à acheter : elle éprouvait une satisfaction intense à faire des achats, empruntant pour des acquisitions inutiles, luttant contre son impulsion, mais plus d'une fois en vain; il lui fallait résister pour ne pas acheter tout ce qui lui plaisait. Une fois rentrée chez elle, il lui est arrivé de renouveler toutes ces emplettes.

Son appétit est également déséquilibré : Mme D... a des *fringales* paroxystiques se produisant après une période de surmenage, de tristesse et durant plusieurs jours. Elle n'a pas alors d'aliments préférés, elle est satisfaite « pourvu qu'elle se bourre ». Si elle résiste à son besoin, il lui semble qu'elle va s'évanouir; sa faim est parfois insatiable et se réveille une heure après les repas. Cette boulimie ne paraît pas devoir être rattachée au goitre exophtalmique, car elle existait longtemps auparavant.

Au point de vue sexuel, Mme D... est également singulière. Nature masculine, elle a de l'homme la taille, la physionomie et une énergie toute virile. Elle n'a jamais rien eu des goûts et des préoccupations de son sexe. Elle n'a point, étant enfant, pris plaisir aux jeux habituels des petites filles, leur préférant les amusements bruyants des garçons. Elle a toujours aimé la société des hommes, mais seulement au point de vue intellectuel, et parce qu'elle se trouvait avec eux en communion d'idées et de sentiments. Elle aurait voulu être homme pour étudier les sciences. Bien que chez elle les sentiments affectifs prennent une intensité exagérée, qu'elle aime avec passion, en véritable obsédée, elle n'a dit-elle, jamais éprouvé de désirs sensuels : c'est un amour purement psychique. Les relations sexuelles l'ont toujours laissée indifférente. Sa mère lui ressemblait sous ce rapport.

Mise en liberté après quelques mois de séjour à Sainte-Anne, Mme D... ne tarda pas y revenir à la suite d'actes excentriques commis sur la voie publique. Elle manifeste à cette troisième entrée des idées ambitieuses très caractérisées : elle se dit petite-fille de l'empereur Nicolas, signe ses lettres princesse d'H... et propose à tous les puissantes protections dont elle dispose. Elle a succombé peu de temps après cette troisième séquestration.

Obs. II. — *Tares héréditaires nombreuses. — Déséquilibration mentale. — Stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, anomalie des mâchoires, etc. — Signes psychiques; émotivité, craintes obsédantes (peur des couteaux, des verres, du vide, de la mer, crainte d'être enfermée, d'être écrasée par les montagnes, doute). — Obsessions hypochondriaques (arrêt du cœur, mort subite). — Automatisme de certains centres spinaux: contractions cloniques du grand oblique, des muscles de la cuisse du côté droit. — Hoquet. — Neurasthénie. — Triade symptomatique du goitre exophtalmique: goitre, exophtalmie, tachycardie; tremblement. — Amélioration des symptômes du goitre par l'électricité; aggravation des troubles émotifs.*

Mme X..., trente-deux ans (soignée par l'un de nous depuis plusieurs années).

Antécédents héréditaires. — La mère de Mme X... était *neurasthénique* au plus haut degré. Le père, mort vers l'âge de quarante ans, était un débauché, entaché d'*alcoolisme chronique*. Le grand-père maternel a laissé la réputation d'un homme violent, irascible. La grand-mère maternelle était bizarre de caractère, en proie à des *obsessions*.

Antécédents personnels. — Mme X... a eu des accidents convulsifs dans son enfance. Elle a été menstruée à l'âge de quinze ans, et la fonction menstruelle a toujours été régulière. Orpheline de bonne heure, elle a été élevée par ses grands-parents maternels. Pendant qu'elle était au couvent, il lui arrivait de pleurer sans motif. A cette époque elle était déjà très émotive. Le moinde reproche qu'on lui adressait lui causait une impression profonde. Très religieuse, il lui arrivait souvent d'avoir des scrupules exagérés. Tous les événements de sa vie lui était prétexte à chagrin.

Un peu plus tard, vers l'âge de dix-huit ans, son caractère devint difficile, fantasque. Elle ne s'accordait pas avec ses compagnes.

Mariée à l'âge de vingt-deux ans, elle devint bientôt mère d'une petite fille. Quelque temps après le début de sa grossesse, elle fut prise de craintes obsédantes et de préocupations hypochondriaques. A table, elle n'osait plus se servir d'un couteau, de peur de se blesser; elle avait la crainte, en saisissant un verre, de le voir se briser dans sa bouche. Il

lui semblait aussi, à cette époque, qu'elle avait des fils dans la bouche, qui lui attachaient la langue.

Une année après son accouchement, Mme X... se sentait beaucoup mieux. Pendant deux ou trois ans, elle put vivre de la vie de tout le monde.

Il y a quatre ans, Mme X... est devenue sujette à des accès de palpitations. Puis des douleurs l'ont prise dans la nuque et dans d'autres régions du corps, côté droit du ventre et lombes. Vers cette même époque, Mme X... ne pouvait traverser seule une grande place, sans être prise de l'*horreur du vide*; à chaque instant, elle éprouvait une sensation de vertige.

Un peu plus tard, Mme X... concevait des *doutes* à l'occasion des actes les plus ordinaires de sa vie. Lorsqu'elle avait fait un achat, une fois rentrée chez elle, elle se demandait si elle l'avait payé. Cette préoccupation l'obsédait, et elle ne retrouvait le calme qu'une fois que sa femme de chambre lui avait apporté une note acquittée.

Il lui arrivait aussi, lorsqu'elle était seule, d'avoir peur de traverser les grandes pièces de son appartement.

Une autre préoccupation qui l'obsédait, était de se voir enfermée, et si, lorsqu'elle sonnait ses domestiques, on n'accourait pas immédiatement auprès d'elle, elle était angoissée jusqu'à se trouver mal.

La nuit, elle réveillait quelquefois son mari en sursaut, pour lui dire qu'elle était sur le point de mourir, que son cœur se décrochait, etc. Pour la tranquilliser, il fallait chercher le médecin de la famille, qui avait souvent beaucoup de peine à persuader à la malade que son cœur était bien en place.

Le *contact de certains objets*, des pêches notamment, était particulièrement pénible pour Mme X...

Depuis trois ans, les accès de palpitations ont beaucoup augmenté en fréquence, en intensité et en durée. De plus, un nouveau phénomène morbide a fait son apparition. Mme X... a constamment des *contractions cloniques du grand oblique* de l'abdomen du côté droit. Ces contractions troublent le sommeil de la malade. Mme X... ne peut plus s'habiller elle-même. Elle ne peut plus sortir qu'en voiture ; encore est-on obligé de la porter jusque dans la rue.

A partir de cette même époque, les symptômes de *neurasthénie* ont beaucoup augmenté ; les angoisses, la peur de mourir, et les autres désordres psychiques sont devenus permanents. Mme X... est dans un état de faiblesse générale très grande.

État actuel (2 janvier 1889). — Mme X... est de taille moyenne, brune, maigre. Lorsqu'on l'examine alors qu'elle est debout, on est immédiatement frappé par son attitude : elle se tient le corps légèrement penché en avant et très incliné à droite. Elle appuie fortement la main droite contre le flanc du même côté, mais cette pression n'empêche pas que des secousses incessantes, en rapport avec les contractions cloniques du grand oblique, impriment au tronc des vibrations latérales assez étendues.

Mme X... présente une *asymétrie faciale* très prononcée. Le menton est comme tordu et rapproché du côté droit de la face. Les dents sont longues, mal implantées, en raison des rapports irrégliers des deux mâchoires. L'œil droit est un peu plus clos que le gauche. Les deux *globes oculaires*, légèrement saillants, bombent en avant, sous les paupières légèrement tendues.

Le corps tyroïde est manifestement plus volumineux qu'à l'état normal. Les battements du cœur sont rapides, précipités, au nombre de 130 à la minute. L'auscultation, la percussion et la palpation ne décèlent aucun signe de lésion organique du cœur.

Quand la malade tient ses mains étendues, on constate que celles-ci sont agitées par un léger tremblement vibratoire, à oscillations verticales, rapides (8 à 9 à la seconde).

Quand on examine la malade couchée sur un canapé et déshabillée, on est à même de bien observer les *contractions cloniques du muscle grand oblique* de l'abdomen, du côté droit. La main appliquée à plat au niveau du muscle perçoit les contractions violentes de ce dernier. Il ne nous a pas été possible de savoir si ces contractions persistent pendant le sommeil. D'aprés le dire de la malade, ces contractions s'étendent quelquefois aux muscles du thorax et de la cuisse, à droite, mais pendant très peu de temps.

Par moments, la malade a des crises de hoquet. La sensibilité cutanée est normale. Il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie.

La malade se plaint de ressentir, dans la région de l'occiput et de la nuque, des douleurs très pénibles. Il existe en outre un point douloureux au niveau de l'ovaire droit et un autre au creux épigastrique. Lorsque, dans l'une de ces deux régions, on se borne à toucher la peau, on ne développe pas de douleur pour réveiller ou plutôt pour exaspérer la douleur (car celle-ci est permanente) ; il faut exercer une pression tant soit peu profonde. On constate, en outre, l'existence de zones douloureuses profondes au niveau des reins.

L'examen des autres organes ne nous a rien révélé d'anormal. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Les digestions étaient relativement bonnes, l'appétit modéré. Insomnie habituelle. La malade cherche par tous les moyens possibles, à réfréner les contractions de son grand oblique.

Elle se plaint amèrement de sa situation, pleure abondamment. Elle n'ose plus sortir de chez elle, et cependant elle marche sans grande difficulté. Elle se préoccupe beaucoup de son état ; elle ne voit pas de guérison possible. Elle est convaincue qu'elle va mourir subitement, elle en est sûre, etc.

Une autre préoccupation la hante ; elle est relative à la santé de sa fillette, qu'elle n'élèvera pas sans doute, et ce sera là pour elle un grand malheur, etc.

Évolution de la maladie. Traitement. — Mme X... est soumise à un traitement par l'hydrothérapie, qu'elle accepte sans difficulté : tous les soirs, vers cinq heures, elle va prendre une douche froide. Nous lui prescrivons, de plus, en fait de médication interne, les antispasmodiques les plus variés.

L'état de Mme X..., loin de s'améliorer, s'est aggravé. La peur de mourir subitement la hante toujours. La crainte de voir son cœur cesser de battre, de ne plus pouvoir marcher, etc., lui vient sans cesse à l'esprit. Toutes les semaines, une ou deux fois, il faut mander un médecin la nuit pour tranquilliser la malade.

Vers le mois de juin, Mme X... sent des tiraillements dans le cou, du côté droit. Elle craint de voir se produire dans cette région, des contractions analogues à celles qui agitent son grand oblique.

Même état du côté des yeux, de la glande thyroïde et du cœur.

Au mois de juillet, la malade conçoit le projet d'aller consulter à l'étranger un masseur célèbre, mais elle ne se décide à partir qu'accompagnée de son médecin. Le voyage se passe très bien malgré la longueur du trajet. Elle voit le masseur en question, il lui déplaît : au bout de quelques jours, elle ne voulut plus en entendre parler.

Rentrée à Paris, elle est traitée par l'électricité, qui fut bien supportée, tandis que jusque-là ce mode de traitement ne lui avait donné que de mauvais résultats. Il se produit une amélioration sensible dans l'état du goitre, amélioration qui persiste. La fréquence du pouls oscille maintenant entre 84 et 100. L'exophtalmie est moins prononcée ; les contractions spasmodiques du grand oblique sont moins fortes, et par moments elles laissent à la malade des répits assez longs. L'état général est meilleur. La malade est plus forte ; elle se risque à faire quelques pas dans la rue. Par contre les troubles psychiques se sont plutôt aggravés. Il y a deux ans, la malade est allée passer quelques mois au bord de la mer. Elle faisait ce voyage, malgré l'horreur que lui inspiraient les déplacements, par amour pour son enfant. Elle y est revenue l'année suivante ; mais aussitôt arrivée, elle a dû repartir : la vaste étendue de l'eau lui causait une peur insurmontable.

Cette année Mme X... s'est décidée à faire un séjour en pays de montagne, toujours dans l'intérêt de la santé de sa petite-fille. Elle était à peine arrivée depuis vingt-quatre heures, qu'elle repartait, obsédée par la crainte d'être écrasée par les montagnes.

Revenue à Paris, elle ne peut se résoudre à retourner sur les bords de la mer. Il a été impossible de la faire aller en villégiature dans les propriétés de son mari, car, dans ces parages, il y a également des montagnes !

Obs. III (résumée). — *Antécédents héréditaires névropathiques. — Signes physiques et psychiques de déséquilibration mentale : instabilité, caractère querelleur et violent; irascibilité, émotivité; terreurs*

nocturnes, polyurie. — Triade symptomatique du goitre exophtalmique.

Isabelle M..., âgée de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, n° 27, le 18 juin 1891 ; sortie le 22 juillet 1891.

Antécédents héréditaires. — Père est atteint, depuis de longues années, d'un *tic douloureux de la face*. Mère, *très nerveuse, excentrique*, a eu de fréquentes *crises de nerfs*. Grand-père maternel est mort hémiplégique à quarante ans. Grand'mère maternelle était très migraineuse ; vers l'âge de cinquante ans, elle a été atteinte par le rhumatisme déformant (pieds et mains). Nous n'avons pas pu nous procurer de renseignements précis sur les autres parents.

Antécédents personnels. — La malade a commencé à marcher seulement vers l'âge de deux ans et demi. L'usage de la parole lui est venu très tard, vers trois ans. A cette époque, elle avait un zézaiement assez prononcé. Elle a eu la rougeole vers la huitième année, et en a guéri facilement. Cependant quelque temps après, son caractère, assez doux, jusque-là, paraît-il, devint violent; la malade se battait fréquemment à l'école avec ses petites camarades.

M... a toujours été très émotive et très peureuse. Elle était frappée par les histoires que l'on racontait devant elle. Souvent, elle dormait mal la nuit, et avait des cauchemars se rapportant aux récits qu'elle avait entendu conter. Parfois, c'étaient de véritables terreurs nocturnes ; elle poussait des cris, appelait à son secours, etc.

Réglée à treize ans, elle a toujours eu, depuis six ans, ses époques à intervalles réguliers. Les règles sont parfois douloureuses. Mise en apprentissage à l'âge de 14 ans, elle ne pouvait s'appliquer à son ouvrage. Elle avait besoin de changer de place fréquemment. Il lui fallait sortir; son appétit était irrégulier, capricieux. Les réprimandes l'exaspéraient. Elle entrait alors dans de violentes colères, et elle se portait parfois à des voies de fait.

Vers l'âge de dix-sept ans, elle fut prise, sans cause connue, de battements de cœur, de palpitations. Au début, ces palpitations la jetaient dans un désespoir inexprimable. Lorsqu'elle était couchée, il lui fallait se lever parce qu'elle entendait son cœur battre violemment. Alors des *terreurs* la prenaient; elle appelait ses parents à son secours; ce n'est que vers le matin qu'elle se calmait de nouveau.

Depuis deux ans, elle a senti ses forces disparaître graduellement; c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

État actuel (19 juin 1891). — Isabelle M... est grande, assez bien musclée, pâle de figure ; les pieds sont plats, larges, étalés. En l'examinant, deux choses frappent immédiatement : 1° une *asymétrie faciale* très

nette : la moitié gauche de la face est plus petite que la droite; la *voûte palatine* est très profonde; ses deux moitiés sont inégales; il en est de même des deux moitiés du voile du palais; 2o les yeux sont proéminents; les globes oculaires paraissent ou augmentés de volume, ou projetés en avant; c'est à peine si la malade peut couvrir l'œil avec la paupière.

Le corps thyroïde est notablement augmenté de volume. La malade raconte qu'au moment de ses règles, son cou grossit davantage.

L'examen du cœur ne décèle aucune lésion organique. Au niveau des vaisseaux du cou, on perçoit un souffle doux, anémique. Les battements du cœur sont rapides, précipités, assez violents par instants.

Le pouls, compté à diverses reprises dans le courant de la journée, fournit, en moyenne, 120 pulsations par minute.

La sensibilité cutanée est intacte. L'examen des yeux à l'ophthalmoscope ne révèle rien d'anormal; il n'existe pas de points douloureux.

Pas de tremblement des mains. La force musculaire est à peu près conservée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

L'appétit est à peu près normal. Les digestions sont pénibles; renvois gazeux; acidité, constipation.

L'examen du poumon ne donne que des résultats négatifs. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Elles sont parfois *abondantes et claires* comme de l'eau de roche, surtout lorsque M... se met en colère.

La malade est d'un caractère fantasque, elle se plaint sans cesse, se dispute avec ses voisines. Elle est loquace; ses propos sont enfantins, souvent mensongers. Le sommeil est mauvais : M... se réveille parfois en sursaut en appelant sa mère. Elle est soumise à un traitement hydrothérapique et à l'électrisation qui produit une amélioration au point de vue de la tachycardie : le pouls est à 96. M... quitte le service à la suite d'une violente dispute.

La coexistence des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale (obsessions et impulsions) avec le goitre exophtalmique est plus fréquente que ne le ferait supposer la rareté des faits de ce genre jusqu'alors relatés. Le docteur Boeteau a bien voulu nous faire savoir qu'il avait observé, en outre de la malade dont il a publié l'observation dans sa thèse, deux exophtalmiques, dont l'une, *arithmomane*, était obsédée par la préoccupation de ranger tous les menus bibelots qui l'entouraient (assiettes, verres, etc.), par séries de sept ; elle était de plus *coprolalique ;* l'autre avait du *délire du toucher* qui se manifestait par la peur angoissante des objets de cuivre.

Nous devons à l'obligeance du docteur Aug. Vigouroux, médecin adjoint des asiles, une observation que nous résumons ici :

Obs. IV (résumée). — *Tares héréditaires. — Déséquilibration mentale. — Idées fixes. — Impulsions diverses : vol, etc. — Accès mélancolique ; internement ; guérison. — Hystérie. — Maladie de Basedow.*

Marie J..., vingt-cinq ans (service d'électrothérapie de la Salpêtrière). Hérédité assez chargée. Oncle maternel mort d'une « maladie noire ». Sœurs bizarres, l'une d'elles est très avare ; l'autre mariée, rend son mari très malheureux, elle a vendu son mobilier à plusieurs reprises.

La malade à toujours eu un caractère très difficile; elle a été déflorée à douze ans et a quitté sa famille de bonne heure. Étant enceinte elle a eu de nombreuses *impulsions*; elle a *volé* à différentes reprises; elle a dérobé en autres choses un melon vert qu'elle a *mangé* y compris la queue. A vingt ans elle a été internée à l'asile d'aliénés de Blois, pour un *accès mélancolique* accompagné de troubles de la sensibilité générale : elle croyait avoir plusieurs enfants dans le ventre, se croyait grosse comme une tour, etc. Elle a eu également des *manifestations hystéiques* (vertiges, hallucinations, diminution du champ visuel). D'après les renseignements fournis par son amant, c'est une déséquilibrée sans cesse *obsédée par des idées fixes* et d'une inégalité d'humeur rare : elle fait des scènes de jalousie atroce qu'elle sait n'être pas fondées, etc. Au point de vue de la *maladie de Basedow*, on a noté chez elle de la tachycardie, du goitre, du tremblement; ces divers symptômes se sont sensiblement amendés sous l'influence de l'électrothérapie. Signalons encore l'existence d'insomnie, de cauchemars, d'un sentiment de faiblesse générale.

Chez une autre exophtalmique ayant des tares héréditaires assez lourdes, le docteur A. Vigouroux a observé de l'agoraphobie à un degré très accentué.

Revenons sur certaines particularités de ces observations. Nous n'insisterons pas sur les symptômes de la maladie de Basedow elle-même (tachycardie, goitre, exophtalmie, crises diarrhéiques, tremblement, etc.). Le surmenage, les émotions pénibles, paraissent, dans la première observation, avoir joué le rôle d'agents provocateurs ; ces causes, en augmentant la déséquilibration mentale congénitale, ont également favorisé le développement de certains troubles psychiques ; mais, fait important, chez cette malade comme chez les autres, s'étaient déjà depuis longtemps manifestés des signes de dégénérescence mentale.

Nous devons signaler d'abord l'*abondance des tares héréditaires psychopathiques :* mère et cousine germaine atteintes de

mélancolie ; grand'tante, cousine, sœur et neveux, tous très mal pondérés (Obs. I) ; — père alcoolique, mère neurasthénique, grand'mère obsédée (Obs. II) ; — père, tic de la face ; mère hystérique (Obs. III) ; — oncle mélancolique, sœurs bizarres (Obs. IV) ; voilà plus qu'il n'en faut pour nous expliquer la fertilité pathologique du terrain sur lequel, chez nos malades, se sont développés d'une part le goitre exophtalmique, d'autre part la déséquilibration mentale, les idées obsédantes, les inpulsions et les délires de la dégénérescence. Nous devons en outre attirer l'attention sur l'existence de *l'hérédité arthritique* (mère goutteuse, Obs. I; — grand'mère migraineuse et rhumatismale, Obs. III), sur l'influence de *l'hérédité convergente* (hérédité morbide dans les lignes maternelle et paternelle, Obs. I, II et III), et enfin sur celle de *l'hérédité similaire* pour ce qui concerne le goitre exophtalmique, qui paraît avoir été observé durant trois générations (Obs. I). Des faits analogues de transmission similaire ont été rapportés par MM. Oesterreicher, Déjerine, Peter, Rivalier.

Rappelons aussi l'existence de *stigmates physiques* (asymétrie faciale très accentuée, anomalies des mâchoires, de la voûte palatine, Obs. II et III), et dans notre seconde observation l'association à la maladie de Basedow de deux symptômes importants : la *neurasthénie* et les *convulsions cloniques du grand oblique de l'abdomen*, ces dernières traduisant un état d'automatisme d'un des centres spinaux. Faisons remarquer que l'amélioration de la maladie de Basedow n'amena aucune rétrocession des troubles psychiques. Signalons enfin la coexistence de l'hystérie chez notre quatrième malade.

Les *trois accès délirants* de couleurs diverses qui se succédèrent en une année chez notre première malade et qui nécessitèrent chaque fois l'internement, révèlent, par leur variété, leur mobilité, leur curabilité, la nature du terrain sur lequel ils évoluaient : rappelons que le premier fut caractérisé par des idées mélancoliques et de persécution, des interprétations délirantes, des hallucinations auditives et visuelles qui provoquèrent des réactions spéciales, agitation, refus d'aliments, tentative de suicide.

Le second accès consista en un état d'excitation intellectuelle, accompagnés de quelques idées de persécution et d'une instabilité mentale portée au degré le plus accusé (émotion extrême, mobilité

de l'humeur, activité dévoyée). Le troisième accès fut une de ces bouffées délirantes, de nature ambitieuse, sans racines profondes dans la conscience du sujet, comme les dégénérés en sont coutumiers.

Chez la malade de l'Obs. IV, les aptitudes délirantes, se traduisent dès l'âge de vingt ans par un *accès mélancolique* accompagné d'idées hypochondriaques.

La *déséquilibration mentale* se révèle par l'histoire même de nos malades qui nous montre les anomalies de l'intelligence, du sens moral, du caractère, l'inégalité d'humeur, l'instabilité, l'irascibilité, l'émotivité, indépendantes du goitre exophtalmique et en relation avec l'hérédité morbide.

Pour ce qui est des *idées obsédantes*, des *impulsions*, nous les retrouvons dans les observations I, II et IV avec tous les caractères des stigmates psychiques de la dégénérescence (Magnan). Nos malades en ont parfaitement conscience ; ces idées, qui s'imposent à elles d'une façon irrésistible, s'accompagnent d'une sensation très pénible, qui prend fin, pour les impulsions, dès que l'acte est accompli. Les idées obsédantes se présentent sous les formes les plus variées : on peut dire que chez nos malades, toutes les manifestations psychiques, sentiments, pensées, désirs revêtent cette forme obsédante. Il suffit souvent qu'une idée quelconque, indifférente ou étrange, se présente à l'esprit pour qu'elle s'impose d'une façon tyrannique, malgré le peu d'intérêt qu'elle provoque, ou en raison de son étrangeté même. (Acte de se déshabiller sans raison : obsession d'être écrasée à tel endroit ; boulimie; impulsions à acheter, à jouer, à frapper, arithmomanie. Obs. I.) — (Craintes obsédantes des couteaux, des verres, de la mer, des montagnes, du vide, de la mort. Doute. Obs. II.) — (Idées fixes, impulsions à voler, à manger un melon cru, Obs. IV.) — Arithmomanie, coprolalie, cas de Boeteau.) — (Agoraphobie, cas de Vigouroux.) Parfois c'est, au contraire, l'impulsion nécessaire à l'accomplissement de tel ou tel acte qui fait défaut, et la malade reste inerte, incapable d'agir malgré sa volonté. (Aboulie, Obs. I.)

Abordons maintenant l'étude des rapports des troubles psychiques en général avec la maladie de Basedow. Existe-t-il une folie du goitre exophtalmique ? Peut-on décrire des psychoses sympto-

matiques de la maladie de Basedow, au même titre que le goitre, que la tachycardie, de l'exophtalmie ? En constituent-elles ainsi les symptômes cérébraux, symptômes qui viendraient s'ajouter aux phénomènes bulbaires, et compléteraient le tableau clinique de l'affection considérée alors comme une névrose générale ? Dans l'examen des faits qui vont servir de thème à notre mémoire nous prendrons pour guide les remarquables recherches du professeur Charcot sur l'association des névroses entre elles, et M. Magnan (1) sur la coexistence de plusieurs psychoses d'origine différente chez le même aliéné. Ces travaux ont ouvert une voie nouvelle à la neuropathologie et à la psychiatrie. Charcot et Magnan ont, en effet, montré comment, par une analyse clinique minutieuse, on parvenait à réduire des associations cliniques complexes à leurs éléments simples ; ils ont fait voir qu'il ne s'agissait pas, dans ces coexistences, de coïncidences fortuites, mais de produits différents d'un même terrain pathologique vicié par l'hérédité. On sait l'association possible du tabes et de la paralysie générale à l'hystérie, de l'hystérie à la neurasthénie et à l'épilepsie, de l'épilepsie au délire chronique et à la mélancolie, des délires toxiques au délire mélancolique et au délire épileptique, etc. Ces vues générales, basées sur l'observation rigoureuse des faits, ont été des plus fécondes ; elles nous serviront de guide dans la question qui nous occupe.

D'autre part les folies dites névrosiques et les folies sympathiques, sur l'existence desquelles on aurait pu volontiers s'appuyer pour admettre une folie du goitre exophtalmique, ne résistent pas à l'examen clinique, et pour ce qui est de la folie dite hystérique (nous laissons de côté, bien entendu, le délire qui suit ou qui constitue un équivalent de l'attaque — automatisme, somnambulisme), H. Colin (2) a montré dans sa thèse que cette dénomination devait être rayée du cadre nosologique, et qu'il s'agissait, là encore, d'un exemple d'une association morbide, d'une union de l'hystérie avec la dégénérescence mentale.

Envisagée à la lumière de ses conceptions, aujourd'hui classiques, la question des rapports de la maladie de Basedow et

(1) Magnan. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. (*Arch. Neurol.*, 1880.)

(2) H. Colin. Essai sur l'état mental des hystériques, Paris, 1890.

des troubles psychiques qui l'accompagnent s'éclaire; la question se pose alors de savoir s'il n'est pas plus conforme à la réalité clinique de ne voir dans les cas de ce genre qu'une association de deux espèces morbides. Or, disons-le de suite, la conclusion s'impose qu'il n'y a pas de psychose propre au goitre exophtalmique, qu'il n'y a pas plus de folie exophtalmique qu'il n'y a de folie hystérique ou de folie puerpérale. Cet état psychique particulier, ces troubles délirants, ces symptômes dits classiques que l'on attribue à la maladie de Basedow n'ont en eux-mêmes rien de caractéristique; ils peuvent revêtir toutes les formes possibles: excitation intellectuelle, instabilité mentale, agitation maniaque, mélancolie, délire hallucinatoire, délire alcoolique, délire chronique à évolution systématique, délires polymorphes ou systématisés des dégénérés, idées obsédantes, impulsions, ils simulent toutes ces entités morbides et tous ces syndromes au point qu'il n'y a aucune raison pour ne pas les confondre avec eux.

C'est à une conclusion identique qu'est arrivé de son côté le Dr Boeteau, qui considère les modifications psychiques presque constantes qui accompagnent le goitre exophtalmique comme indépendantes de la maladie de Basedow elle-même, et comme la manifestation de psychoses diverses associées au goitre : « ces états pathologiques différents qui se montrent simultanément chez le même sujet, gardent leur autonomie et leurs caractères propres ».

Le travail d'analyse clinique destiné à rattacher les différents symptômes associés et confondus entre eux à des entités pathologiques distinctes quoique coexistantes, a été entrepris depuis peu. On a commencé par les *symptômes physiques;* de nombreuses observations ont montré la coexistence, avec la maladie de Basedow, de l'angine de poitrine, de la migraine ophtalmique, du vertige de Menière, du tabes, de l'atrophie musculaire progressive, de la paralysie générale, de la maladie de Parkinson, de la chorée.

De même, le groupe des *symptômes psychiques* considérés jusqu'alors comme relevant du goitre, a été entamé peu à peu, à mesure qu'on l'examinait de plus près. Nous assistons actuellement à son démembrement ; nous le voudrions même plus complet qu'on ne tend généralement à l'admettre.

Association avec l'hystérie. — L'association fréquente de l'*hystérie* et du goitre exophtalmique, déjà signalée par Graves et aussi par Brück (1835) qui avait remarqué la coexistence de l'exophtalmie avec l'hystérie, cette association explique déjà certains des symptômes psychiques constatés (voir Obs. IV), sans parler de divers troubles de la sensibilité et du mouvement (paralysie des membres, hémianesthésie, attaques convulsives) qui sont également, comme M. Ballet l'a montré, sous la dépendance de l'hystérie. Les hallucinations, surtout celles de la vue, relèvent surtout de cette dernière névrose.

Marcé, dans son étude sur les psychoses des choréiques, question qui présente quelque analogie avec le sujet qui nous occupe, avait déjà noté ce fait que les hallucinations étaient rarement observées dans la chorée pure ; presque toujours il s'agissait de chorée unie à l'hystérie.

M. Joffroy a insisté sur la nature hystérique des hallucinations de la vue dans un cas de goitre exophtalmique. La première hallucination (vision terrifiante d'un chien enragé) s'est produite chez une jeune fille hystérique plusieurs années avant le début de la maladie de Basedow ; pendant près de deux ans se manifestèrent des cauchemars fréquents, puis ces phénomènes disparurent. Le goitre exophtalmique en détermina la réapparition, suivie peu de temps après d'hallucinations (1). Nous avons pu nous-mêmes constater chez une hystérique atteinte de maladie de Basedow depuis plusieurs années, l'apparition d'un accès délirant caractérisé par des frayeurs, des cauchemars, des actes et des discours incohérents (fureurs, chants, cris) qui nous a paru devoir être rattaché à l'hystérie. Il en est de même de certains actes impulsifs, tels que le fait rapporté par Tessier (cité par Ballet) concernant une jeune femme hystérique atteinte de goitre exophtalmique, qui éprouvait parfois une sensation de boule, sans perte complète de connaissance, mais avec des convulsions cloniques et un besoin violent de mordre les personnes ou les objets qui l'entouraient.

M. Ballet (2), à propos de l'observation d'un persécuté atteint

(1) Joffroy. Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow. (*Société médicale des hôpitaux*, 11 avril 1890.)

(2) Ballet. Des idées de persécution dans le goitre exophtalmique. (*Société médicale des hôpitaux*, 29 février 1890.)

de maladie de Basedow et d'hystérie, étudiant de près la genèse du délire, rattache les idées délirantes à des hallucinations de la vue de nature hystérique ; M. Ballet ajoute, il est vrai que l'hystérie était insuffisante à engendrer les idées de persécution relevées dans son cas : « Pour aboutir à la constitution de ces idées de persécution, dit M. Ballet, il faut le concours de deux affections souvent associées l'une à l'autre, le goitre exophtalmique et l'hystérie. L'hystérie crée l'hallucination, le goitre exophtalmique se l'approprie et s'en sert pour réaliser les idées de persécution. » Quoi qu'il en soit de cette dernière interprétation, le seul point que nous voulions en retenir pour le moment, c'est ce fait de la nature hystérique d'un des troubles psychiques de la maladie de Basedow.

Association avec l'épilepsie. — Des considérations analogues sont applicables à l'épilepsie dont les symptômes s'associent parfois à ceux du goitre exophtalmique (1). La première observation publiée a été celle de Gildemeester; Robertson a vu chez une exophtalmique coïncider des accès épileptiformes avec un délire maniaque. Delasiauve a donné l'observation d'une femme mal pondérée, chez laquelle l'épilepsie et le goitre s'étaient développés presque parallèlement : un accès mélancolique survint avec des idées de mort, de ruine, de persécution, des hallucinations effrayantes de la vue. Mais il est loin d'être démontré que cet accès délirant, s'il était indépendant de la maladie de Basedow, fut en rapport avec l'épilepsie : nous serions plutôt disposés à le rattacher à une prédisposition vésanique.

M. Séglas rapporte également l'observation d'une mélancolique avec goitre exophtalmique atteinte de morbus sacer (2). Des cinq observations d'épilepsie avec goitre exophtalmique recueillies par lui, M. Ballet conclut que, dans un premier groupe de faits, il s'agit d'une combinaison morbide constituée soit par la succession des accidents de la maladie de Graves et de ceux du morbus sacer, soit par la cohabitation chez le même sujet de deux affec-

(1) Ballet. De quelques troubles dépendant du système nerveux central, observés chez les malades atteints du goitre exophtalmique et d'hystérie (*Revue de médecine*, 1885).

(2) Séglas. Maladie de Basedow et mélancolie. (*Société médico-psych.*, juillet 1890.)

tions, unies par les liens d'une parenté commune, mais indépendantes l'une de l'autre. Dans un deuxième groupe de faits, il ne s'agit plus, pour M. Ballet, de la combinaison de deux types nosologiques distincts : les accidents épileptiques sont étroitement liés au goitre exophtalmique et sont sous la dépendance directe des troubles de la contractilité cardiaque (intermittences, anémie.) A propos d'une observation dans laquelle on a noté des troubles intellectuels consécutifs à l'attaque (état inconscient durant plusieurs heures, automatisme, perte du souvenir), M. Ballet, sans se prononcer d'une façon affirmative pense qu'il existe des présomptions en faveur d'une épilepsie symptomatique de la maladie de Basedow. De nouvelles observations nous paraissent nécessaires avant de faire entrer les crises épileptiformes dans le tableau des symptômes de l'affection.

Association avec la neurasthénie. — La part qu'il convient d'annexer à la *neurasthénie* dans le partage des troubles psychiques que nous étudions est encore plus importante que celle qui revient à l'épilepsie et à l'hystérie (voir Obs. II) : le Dr Boeteau a bien mis en évidence, dans son excellente thèse, ces faits jusqu'alors mal interprétés. Il rattache à la neurasthénie un grand nombre de ces troubles nerveux vagues que l'on avait donnés comme caractéristiques de l'état mental des exophtalmiques : l'obnubilation de l'intelligence, la diminution de l'attention et de la mémoire, l'état de dépression, les idées de suicide, l'émoussement des sentiments affectifs, l'insomnie, les rêves terrifiants, la diminution de la volonté sont pour lui autant de symptômes relevant de la neurasthénie associée à la maladie de Basedow, sans parler des troubles neurasthéniques d'origine spinale que nous négligeons à dessein. Concluons donc avec le Dr Boeteau que ces phénomènes nerveux constituent « un ensemble symptomatique dont l'homogénéité atteste bien la superposition à la maladie de Basedow d'une espèce morbide méconnue, la neurasthénie ». Dans la deuxième édition de son manuel des maladies mentales, M. Régis arrive à des conclusions analogues et attribue à la neurasthénie une large part dans le groupe des troubles psychiques du goitre exophtalmique.

Association avec la mélancolie. — L'association des divers états mélancoliques (dépression, délire mélancolique, stupeur, avec le goitre exophtalmique a été plus d'une fois signalée (Paul) Bernard, Noetel). Basedow avait déjà observé un exophtalmique qui devint mélancolique et « perdit le sentiment de la pudeur ». Savage (cité par Martin) rapporte l'observation d'une exophtalmique de vingt-trois ans qui eut deux accès de mélancolie : au second accès elle pensait n'être plus une femme mais une bête, s'accusait du malheur de tous ceux qui l'entouraient, disaient devoir mourir, etc. Colman Collins (cité par Jacquin) a observé une femme atteinte de la maladie de Basedow, qui sous l'influence de fatigues et de chagrins, fut prise d'un accès mélancolique avec refus d'aliments, idées de suicide ; elle guérit assez rapidement, sans modification du goitre exophtalmique. Récemment M. Joffroy à propos d'un fait analogue (1) a insisté sur ce qu'il avait dans son cas une association morbide, une coexistence de deux affections indépendantes ; le goitre exophtalmique ne s'étant développé que plusieurs années après le début d'un accès mélancolique classique avec des idées de culpabilité, d'indignité et des craintes de damnation. M. Séglas a signalé également l'association de la maladie de Basedow avec un délire mélancolique à phases d'anxiété survenu à la suite d'une vive frayeur. Le Dr Toulouse vient d'en rapporter un nouveau cas (thèse de Boeteau.) Nous observons nous-mêmes actuellement un accès mélancolique classique (idées de ruine, scrupules, tentatives de suicide), développé chez une malade atteinte depuis plusieurs années du goitre exophtalmique.

Association avec les états d'excitation maniaque. — La coexistence du goitre exophtalmique avec des *états maniaques* d'intensité variable est également bien connue depuis les observations de Macdonnell (cité par Rendu), de Jung (série d'accès maniaques chez un exophtalmique), de Laehr (agitation maniaque ayant duré plusieurs mois), de Rendu (excitation intellectuelle) et d'autres auteurs. Nous n'y insisterons pas.

(1) Joffroy. Des rapports de la folie et du goitre exophtalmique. (*Soc. médico-psychologique,* 31 mars 1890.)

Association avec les délires hallucinatoires, avec le délire chronique à évolution systématique, avec le délire alcoolique. — D'autres psychoses associées ont encore été observées. On a signalé, coexistant avec la maladie de Basedow, des *délires hallucinatoires* plus ou moins aigus (hallucinations multiples et très actives amenant un trouble profond de la conscience et de réactions maniaques ou mélancoliques, Bœdeker, Bœttger).

On doit au Dr Arnauld (de Vanves) une observation de *délire chronique à évolution systématique* survenu chez une femme atteinte de maladie de Basedow, et au Dr Escat un cas de coexistence du goitre avec le délire alcoolique (cités in thèse Boeteau).

Association avec la dégénérescence mentale. — Nous arrivons enfin à toute une série de faits sur lesquels l'attention ne s'est pas suffisamment portée malgré leur fréquence; c'est parmi eux que doivent prendre place nos observations et les cas analogues en nombre très restreint que nous avons rassemblés au début de notre travail. Nous voulons parler de l'association de la maladie de Basedow avec les *délires des dégénérés* ou encore avec leurs idées *obsédantes* et leurs *impulsions,* ou simplement avec l'état de *déséquilibration mentale* qui constitue la caractéristique de ces sujets. Cette association rend compte de bien des faits intéressants au point de vue de la clinique et pathogénique et permet de séparer de la maladie de Basedow, pour le rattacher à la dégénérescence mentale, tout un grand groupe de troubles psychiques.

On ne peut contester aujourd'hui ce fait de l'apparition fréquente du goitre exophtalmique sur un terrain préparé par l'hérédité névropathique ou vésanique : la maladie de Basedow est, comme l'a dit Charcot, un membre de la grande famille neuropathologique. Ce que nous savons de la genèse de l'affection qui survient souvent à la suite d'un choc moral, le fait de sa coexistence si commune avec les autres rameaux de l'arbre neuropathologique pouvaient déjà faire pressentir ses rapports avec les états de dégénérescence. L'étude du passé des malades vient souvent le démontrer, et l'examen de leurs ascendants l'explique. Il est impossible de n'être pas frappé des antécédents héréditaires névropathiques ou vésaniques qui pèsent sur un grand nombre d'exophtalmiques,

et qui en font des prédisposés, souvent même des dégénérés. Les exemples abondent, nous en avons tous observés : les cas que nous apportons viennent à l'appui de ces faits (hérédité convergente ; voir le tableau généalogique). MM. Marie, Charcot, Déjerine ont donnés des arbres généalogiques des plus riches en tares nerveuses ou psychopathiques chez les ascendants, les collatéraux et les descendants (dégénérescence mentale, imbécillité, idiotie, surdi-mutité, monstruosité, manie, mélancolie, épilepsie, hystérie, impulsions, alcoolisme, chorée, paralysie agitante, etc.). Les idées obsédantes dont nous avons donné des exemples dans la maladie de Basedow peuvent, elles aussi, se rencontrer chez les ascendants (Obs. I et II) ; M. Charcot rapporte également le cas de la mère d'une de ses malades qui avait « des idées fixes, des scrupules et la maladie du doute ».

Or cette fréquence des tares héréditaires psychopathiques n'est pas un fait exceptionnel ; elle ne tient pas, comme on pourrait le supposer, à ce que les renseignements ont été pris dans un milieu spécial, à propos de malades présentant des troubles délirants très accentués. Prenons au hasard une série de quatre sujets atteint de goitre exophtalmique et *non aliénés*, réunis dans le service de Charcot (1). Laissons-en un de côté dont une partie de la famille est inconnue, nous trouvons pour les trois autres : 1° grand'mère maternelle aliénée, mère atteinte de délire de persécution, internée dans un asile d'aliénés; 2° grand-père alcoolique, grand'mère hystérique ; 3° père a un accès de délire alcoolique ; cousine germaine choréique, existence irrégulière ; frères morts de convulsions, sœur hystérique (cette troisième malade, a été internée depuis à l'asile de Villejuif (service du Dr Marcel Briand), pour un accès délirant de nature hystérique).

Nous rencontrons d'ailleurs chez quelques-uns de ces malades des malformations des oreilles, de la voûte palatine, du crâne, de la face, des mâchoires, une implantation défectueuse des cheveux, des anomalies de développement (paralysie pseudo-hypertrophique), des anomalies dentaires (Bœdeker, Gros, Boeteau, Cadarelli, Raymond et Sérieux), autant de signes qui constituent des stigma-

(1) Charcot. Nouveaux signes de la maladie de Basedow. (*Bulletin médical*, 1889, n° 10.)

tes de l'hérédité morbide. M. Liégois a observé le goitre exophtalmique chez un sujet atteint de surdi-mutité. M. Déjerine signale comme un signe de dégénérescence le peu de fécondité des descendants de ces malades.

En outre, l'histoire du passé des exophtalmiques révèle d'ordinaire une prédisposition névropathique congénitale ; dès l'enfance ou dès la jeunesse ils peuvent présenter des troubles nerveux variés de la chorée, de l'incontinence d'urine, des phénomènes hystériques ou épileptiques, des attaques de somnambulisme, de l'instabilité mentale, des anomalies du caractère, des facultés intellectuelles et morales inégalement développées, de l'émotivité, de l'irascibilité, des tendances mélancoliques. « Ce sont des ultraémotifs », dit Peter, qui signale parmi les antécédents d'une malade un état de déséquilibration cérébrale se traduisant par une émotivité et une dévotion excessives. Rivalier note, dans un grand nombre d'observations, un état antérieur essentiellement nerveux. « On voit assez souvent, dit M. Landouzy, des enfants insubordonnés, querelleurs, et pour lesquels toute éducation en commun semble impossible,... il s'agit souvent de sujets destinés à être atteints plus tard de la maladie de Basedow ». Beaucoup de malades, d'après M. Rendu, sont des femmes mariées séparées de leur mari, presque toujours pour incompatibilité d'humeur, car il est à remarquer que l'irritabilité nerveuse et l'instabilité du caractère précèdent souvent de fort longtemps l'invasion des accidents morbides.

Parfois même, bien avant le développement du goitre exophtalmique, se montrent des accès délirants qui peuvent guérir pour se reproduire dans le cours de la maladie de Basedow ; chez d'autres sujets c'est longtemps après la disparition du goitre exophtalmique qu'éclatent les troubles vésaniques. Une femme, observée par M. Rendu, voit se développer la maladie de Basedow à la suite d'une émotion ; mais auparavant, à l'occasion d'une grossesse était survenu un accès de manie aiguë qui avait duré quinze jours.

Le Prof. Peter rapporte le cas d'une dame atteinte de la maladie de Basedow dont les symptômes alternaient de temps à autre avec des accès de délire des grandeurs : l'hydrothérapie avait à peu près fait disparaître les principaux symptômes du goitre,

quand, son mari ayant échoué à la députation, survint un accès délirant qui dura trois mois.

Le Dr Boeteau donne l'observation d'une malade dont le frère, très nerveux, est aussi atteint de goitre exophtalmique, et chez laquelle la maladie de Basedow s'est montrée à cinquante-six ans ; or, elle avait déjà eu deux accès délirants antérieurs : l'un à quatorze ans à l'époque de l'apparition de la menstruation (accès maniaque passager), l'autre à vingt-neuf ans (accès mélancolique avec tentative de suicide, ayant duré deux mois) ; en même temps que le goitre exophtalmique se sont développées des manifestations neurasthéniques avec un état de dépression profonde. M. Jacquin rapporte l'histoire d'une femme de soixante-quatre ans, issue de parents aliénés, chez laquelle, dans le cours de son quatrième accès mélancolique se présentèrent les symptômes du goitre exophtalmique.

En somme, que l'on fasse la généalogie des exophtalmiques, que l'on reconstitue leur passé, qu'on les suive après la guérison du goitre, on arrive à cette conviction, que la maladie de Basedow n'a été qu'une des multiples manifestations d'une prédisposition nerveuse pathologique.

Ce n'est pas à dire que le goitre exophtalmique ne puisse pas être pour quelque chose dans l'éclosion des troubles mentaux.

M. Jacquin trouve chez certains exophtalmiques délirants les caractères des délires qui surviennent à la suite de troubles graves de la nutrition (fièvre typhoïde, cachexie de la tuberculose). Le goitre exophtalmique entraînerait, d'après lui, un état général mauvais, mettrait la cellule cérébrale dans un état de faiblesse tel que l'aliénation mentale éclaterait alors même que le terrain ne serait pas préparé. Ces troubles de la nutrition seraient par eux seuls capables de donner lieu à la folie. Nous ne saurions admettre cette manière de voir. Il nous paraît seulement très vraisemblable que l'insomnie, les phénomènes neurasthéniques, les troubles non négligeables de la circulation cérébrale et aussi peut-être les phénomènes d'auto-intoxication due à la lésion du corps thyroïde servent de prétexte à l'apparition des symptômes psychiques ; mais ils n'agissent qu'en tant que causes occasionnelles qui, au même titre qu'une influence banale, réveillent la prédisposition latente. Tout cela est d'accord avec ce que nous

savons de la facilité avec laquelle les dégénérés délirent à propos d'une circonstance parfois insignifiante : rappelons à ce propos les délires et les obsessions qui peuvent être provoqués chez certains sujets par les troubles de la sécrétion urinaire.

Dans une des observations sur lesquelles sont basés les travaux de l'un de nous sur cette question (1), la malade, atteinte, dans le cours d'une néphrite, d'un accès maniaque accompagné d'excitation génitale et de divagations mystiques, avait, longtemps auparavant, eu deux accès de manie à l'occasion de l'état puerpéral. On comprend très bien, disions-nous à ce propos, que l'altération du sang, résultat de l'urémie, produise des accidents délirants chez des prédisposés. De même, chez un goutteux, chez un rhumatisant, un rien suffit parfois pour réveiller la diathèse. M. Landouzy rapporte brièvement l'observation d'un malade atteint de goitre exophtalmique, chez lequel tous les incidents pathologiques antérieurs s'étaient accompagnés de phénomènes d'ordre nerveux : la rougeole, une angine simple, une morsure de chien avaient occasionné un délire violent ; dans le cours de la maladie de Basedow, le même sujet eut, à différentes reprises, des crises d'excitation.

Mais, tout en admettant l'influence du goitre exophtalmique comme cause provocatrice, il ne faut pas négliger un autre facteur agissant d'une façon analogue : quand les troubles psychiques et la maladie de Basedow éclatent presque simultanément on est en droit d'attribuer au choc moral initial, à l'émotion, une valeur aussi considérable pour le développement des phénomènes cérébraux, que pour l'apparition des troubles bulbaires : d'ailleurs, on sait que l'on trouve une origine émotive à un certain nombre de psychoses. Ajoutons que dans plus d'un cas le choc moral ne se contente pas de provoquer l'apparition des prédispositions délirantes du sujet, et de donner lieu au goitre exophtalmique, mais peut encore favoriser l'apparition de troubles de nature diverse sous la dépendance de la neurasthénie, de l'hystérie ou de l'épilepsie.

Nous estimons donc qu'une part importante des troubles psychi-

(1) Raymond. Sur certains délires survenus dans le cours de néphrite chronique et paraissant se rattacher à l'urémie. (*Arch. gén. méd.*, mars 1882). — Relations de l'albuminurie avec les psychoses à propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique. (*Gaz. méd. de Paris*, 1890).

ques qui coexistent avec le goitre exophtalmique relèvent, en réalité, de la dégénérescence mentale. Si, en outre des formes qui ont déjà été isolées au milieu du groupe disparate des « symptômes cérébraux » de la maladie de Basedow (délire hystérique, neurasthénie, etc.), nous enlevons tout cet ensemble de phénomènes qui leur sont indûment attribués (déséquilibration mentale, anomalies intellectuelles et morales, obsessions et impulsions, états délirants marqués au coin de la dégénérescence), nous arrivons à restreindre, par ces annexions successives, le domaine des troubles psychiques relevant du goitre exophtalmique. Il est même permis de se demander ce qu'il en reste après ces restitutions multiples des symptômes mentaux aux espèces cliniques dont ils dépendent. Nous ne saurions en effet admettre, avant d'avoir par devers nous des observations nombreuses et concluantes, qu'il existe, dans certains cas, comme l'affirment plusieurs auteurs et comme le pense M. Joffroy, une folie symptomatique du goitre exophtalmique. Nous considérons comme loin d'être démontrée l'existence de symptômes psychiques classiques de la maladie de Basedow dont l'exagération constitue « la manie ou la mélancolie symptomatique du goitre exophtalmique » (1).

M. Renault (de Lyon) admet (2) une relation directe et de cause à effet entre le délire de persécution et la maladie de Basedow ; il s'appuie pour le démontrer, sur une observation malheureusement écourtée concernant une malade atteinte, autant qu'on peut en juger, de mélancolie avec idées de persécution ; il fait remarquer à l'appui de sa thèse que les idées de persécution se sont développées parallèlement à l'exacerbation des termes du syndrome de Graves et qu'ils se sont atténués avec eux.

M. Jacquin, dans un travail fait sous l'inspiration de M. le Prof. Mairet (3), admet l'existence d'observations dans lesquelles « l'aliénation mentale est de nature goitre exophtalmique ». L'auteur pense qu'il existe dans la maladie de Basedow des troubles

(1) Joffroy. Des rapports de la folie et du goitre exophtalmique. (*Annales méd. psych.*, mai 1890.)

(2) Renault. Observations pour servir à l'histoire des troubles cérébraux de la maladie de Basedow. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mars 1890.)

(3) Jacquin. Etude critique des rapports du goitre exophtalmique et de l'aliénation mentale. (*Thèse*, Montpellier, 1891.)

psychiques (modifications du caractère) « tellement particuliers, qu'ils pourraient servir à diagnostiquer la maladie. Pour ce qui concerne les troubles délirants proprement dits, M. Jacquin est d'avis que, si certains délires reconnaissent pour cause une prédisposition héréditaire marquée, d'autre part « le goitre exophtalmique peut créer une aliénation mentale de toutes pièces, aliénation qui survient par le fait des troubles profonds de la nutrition que le goitre exophtalmique entraîne avec lui, et cela non seulement chez des prédisposés, mais chez des malades dont les antécédents héréditaires sont nuls ».

Pour le Prof. Ball, « la maladie de Basedow peut incontestablement produire des troubles intellectuels » (1).

M. Ballet, bien qu'il se soit attaché à l'étude des associations morbides dans le goitre exophtalmique, fait cependant des restrictions au point de vue de certaines manifestations délirantes, et, à propos d'un malade atteint d'un délire de persécution, admet l'origine hystérique des hallucinations, mais des hallucinations seulement, et met en relief « la part non-douteuse pour lui qui revient à la maladie de Basedow dans la genèse des symptômes ».

Nous croyons que ces faits peuvent être différemment interprétés. Dans bon nombre d'observations, les troubles psychiques rapportés par leurs auteurs au goitre exophtalmique peuvent être rattachés tantôt à une prédisposition héréditaire vésanique, tantôt à un véritable état de dégénérescence mentale. Prenons comme exemple le cas intéressant cité par M. Rendu dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* : il s'agissait d'une femme atteinte de goitre exophtalmique avec insomnie, qui se plaignait de cauchemars insupportables : il lui semblait voir une foule d'objets lumineux d'apparence vague qui, pendant la nuit s'agitaient autour de son lit ; bientôt ces objets prenaient des contours déterminés et devenaient des formes humaines ; aux hallucinations de la vue se joignaient des hallucinations de l'ouïe : au milieu de l'obscurité, elle entendait distinctement des voix qui l'appelaient et la jetaient dans une angoisse inexprimable. Ces accidents durèrent une quinzaine de jours, puis disparurent. Cette malade n'étant point hystérique, l'on aurait pu être tenté de considérer

(1) Ball. Leçons sur les maladies mentales (*folies névropathiques*), 2e édition, 1890.

cette ébauche de délire hallucinatoire comme étroitement liée à la maladie de Basedow et à elle seule. Or, des renseignements complémentaires fournis ultérieurement par M. Rendu, il résulte que la malade en question avait eu, longtemps avant le début du goitre exophtalmique, un accès de délire à forme hallucinatoire à la suite d'un accouchement ; ajoutons que son fils est mort dans un asile d'aliénés. Ce fait, qui paraissait donc au premier abord devoir amener à considérer les hallucinations comme faisant partie des symptômes cérébraux du goitre exophtalmique, montre au contraire que le fait capital dans la genèse de ces troubles se trouve dans une prédisposition pathologique, puisque nous voyons le délire et les hallucinations se développer sous deux influences différentes, l'accouchement et l'insomnie de la maladie de Basedow : il n'y a donc pas plus lieu d'admettre des hallucinations du goitre exophtalmique, que des hallucinations de l'état puerpéral.

De même pour le persécuté dont M. Ballet a rapporté l'observation à la Société médicale des hôpitaux (1890). Analysant minutieusement les troubles psychiques de son malade et leur genèse, M. Ballet conclut, nous l'avons vu, en admettant que, chez son persécuté à la fois exophtalmique et hystérique, l'hystérie a créé les hallucinations visuelles que le goitre exophtalmique s'est ensuite appropriées et dont il s'est servi pour réaliser les idées de persécution. Mais la part « non douteuse » faite par l'auteur à la maladie de Basedow dans la genèse du délire, nous paraît être encore trop grande, étant donné que le sujet en question est fortement entaché d'hérédité. Du côté paternel nous relevons : père, caractère très irritable ; deux oncles morts aliénés ; du côté maternel : mère, sujette à de fréquentes pertes de connaissance ; grand-père, d'un caractère, fantasque s'est suicidé. (Renseignements donnés par M. Ballet et par M. Barié dans l'observation qu'il a également publiée de ce malade.) Nous apprenons en outre que ce dernier à eu des convulsions fréquentes dans l'enfance, qu'il a toujours été très nerveux et émotifs, qu'il a eu, il y a deux ans et demi, une fièvre typhoïde, qu'il a subi un traumatisme grave (chute de 8 mètres suivie de perte de connaissance), qu'il a toujours mené une existence oisive, qu'il est un « hôte assidu du Palais de Justice « ; voilà bien des raisons qui nous autorisent à soupçonner l'existence d'une prédisposition psychopathique chez ce sujet, et

à pressentir la possibilité d'aptitudes délirantes qui ne demandent qu'à exploiter les matériaux fournis par l'hystérie. Aussi lorsque nous le voyons échafauder sur les hallucinations visuelles hystériques un délire de persécution plus ou moins bien systématisé, se livrer à des interprétations délirantes, commettre des tentatives d'homicide et de suicide, présenter des idées mélancoliques, la chose ne saurait nous étonner, étant données les prédispositions du sujet : elles nous paraissent suffisantes pour expliquer les symptômes observés et nous ne nous croyons pas autorisés à rattacher le délire à la maladie de Basedow.

Nous le répétons : jusqu'à plus ample informé, nous ne pouvons considérer comme démontré qu'il existe, comme on l'a dit, des cas de folie appartenant en propre à la maladie de Basedow, et que dans certains cas de goitre exophtalmique survenant quelques semaines après le début d'un accès mélancolique (cas de Paul, cité par M. Rendu, invoqué par M. Joffroy), ce soient les troubles psychiques du goitre exophtalmique qui aient été les premiers en date, ce soit « la mélancolie de la maladie de Basedow » qui ait ouvert la marche des symptômes. Pour nous au contraire, goitre exophtalmique et accès mélancolique sont sous la dépendance de la même cause occasionnelle et surtout de la même prédisposition morbide. On ne saurait en effet attribuer assez d'importance à l'hérédité nerveuse dans l'interprétation de ces phénomènes ; c'est à son influence qu'il nous faut, en dernière analyse. rattacher les symptômes vésaniques en question, ainsi que le goitre exophtalmique ; le choc moral qui produit la maladie de Basedow réveille la dégénérescence mentale, comme il peut réveiller tout autre prédisposition (hystérie, etc.).

Peu d'affections ont eu, plus que la maladie de Basedow, le privilège de susciter des interpétations aussi contradictoires qu'ingénieuses ; nous ne ferons que rappeler la théorie mécanique de Piorry (phénomènes de compression par le goitre), l'hypothèse de Guéneau de Mussy qui se demande si la maladie ne serait pas d'origine périphérique comme certaines myélites, les théories attribuant les symptômes à une altération du grand sympathique ou du pneumogastrique. Arrivons aux hypothèses les plus récentes. M. Renault tend à admettre que les symptômes de la maladie de Basedow et en particulier les troubles psychiques sont étroitement

liés à l'hypertrophie du corps thyroïde. On sait que l'atrophie ou l'extirpation de cet organe donne lieu à un état d'affaiblissement intellectuel spécial (myxœdème). Par analogie, M. Renault pense que les matériaux toxiques élaborés par la glande, et qui à l'état normal, sont absorbés par les lymphatiques pour être ensuite l'objet de transformations ultérieures, passent tels quels dans les veines et donnent lieu aux symptômes de la maladie de Graves et à des accidents cérébraux épisodiques.

Pour M. Joffroy (1), le goitre exophtalmique n'est pas une névrose, mais une maladie de la glande thyroïde ; « la maladie de Basedow est à la lésion de la glande thyroïde ce que l'albuminuerie est au rein ».

Mobius (2) avait déjà émis une hypothèse analogue ; dans la maladie de Basedow, la glande thyroïde, dont l'importance trophique sur l'économie est très grande, serait en état d'activité pathologique, activité qui préexisterait à l'ensemble symptomatique avant même que la glande ait augmenté de volume. La cause de cette affection glandulaire doit être un poison organique qui agit chez un individu privé de résistance de par une tare héréditaire ou une émotion.

Pour M. Marie, la maladie de Basedow est une *névrose générale*, M. Ballet définit le goitre exophtalmique une *névrose bulbaire*, mais il pense cependant qu'on est en droit de dire qu'il s'agit d'une névrose générale, à la fois cérébrale, spinale et bulbaire : « primitivement ou secondairement, les couches corticales du cerveau sont, elles aussi, intéressées par le processus. Dans les cas complets de maladie de Basedow, cerveau, bulbe et moelle sont en effet également touchés. »

On trouve une opinion analogue exprimée par le Prof. Peter (3) : « Le cerveau, dit-il, est donc en cause aussi bien et plus encore peut-être que la moelle allongée, dans la maladie de Graves » ; il pense qu'il serait bon de rechercher « s'il n'y aurait pas quelque lésion, méconnue jusqu'ici, ces circonvolutions préposées à la

(1) Joffroy. Goitre et grossesse. (*Union médicale*, 18 mai 1892.)

(2) Mobius. De la nature de la maladie de Basedow. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*, 1890. — *Anal. in Arch. Neurol.* — *Uber die Basedovsche Krankheit :* — *Anal. in Rev.*, Hayem, 1892.)

(3) Peter. Traité des maladies du cœur, 1883.

pensée... Les perturbations cérébrales, ajoute M. Peter, me semblent être la conséquence plus ou moins directe des altérations de la circulation encéphalique s'exerçant sur un cerveau particulièrement impressionnable. »

Nous sommes très disposés à admettre la théorie émise pour la première fois par Sattler, complétée et développée d'une façon très séduisante par le Prof. Panas, et surtout par M. Ballet (1), théorie qui, faisant du goitre exophtalmique une névrose bulbo-prétubérantielle, attribue à des troubles fonctionnels des noyaux de la protubérance, du bulbe, et de la moelle cervicale supérieure (parésie du pneumo-gastrique, paralysie des centres vaso-moteurs), les symptômes cardinaux de la maladie. Ces vues sont confirmées par les recherches récentes sur les troubles accessoires du goitre exophtalmique, tels que l'ophtalmoplégie externe bien étudiée par M. Ballet (paralysie des noyaux des 3e, 4e, 6e paires : Warner, Ballet), l'anesthésie ou les névralgies du trijumeau, la paralysie du facial (Potain, Ballet), les troubles urinaires (albuminurie, glycosurie, prolyurie). Si le terme de névrose bulbo-protubérantielle nous paraît satisfaisant, l'expression de névrose cérébrale par laquelle on complète la définition de la maladie nous semble ne devoir être admise qu'avec réserve. Si l'on considère en effet le goitre exophtalmique comme une névrose à la fois spinale, bulbaire et cérébrale, il n'est guère de symptômes, même ceux dont nous avons montré l'indépendance, qu'on ne soit tenté d'englober dans l'ensemble symptomatique de la maladie de Basedow ; nous pensons qu'en réalité les cas de goitre exophtalmique dits « complets » sont plutôt des cas compliqués.

Dans une remarquable leçon clinique, le Prof. Peter (2) a fait ressortir qu'à la base du goitre exophtalmique, on trouve toujours une émotivité spéciale ; c'est grâce à cette émotivité morbide préexistante qu'un choc moral peut produire et les troubles psychiques, et la névrose bulbaire. C'est donc une manière d'être mentale, l'émotivité, et un « phénomène exclusivement cérébral »,

(1) Ballet. L'ophtalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goitre exophtalmique. (*Revue de méd.*, mai, juillet 1888.) — De quelques troubles dépendant du système nerveux central chez les malades atteints de goitre exophtalmique. (*Revue de méd.*, 1883.)

(2) Peter. Le goitre exophtalmique. (*Bull. méd.*, 23 avril 1890.)

l'émotion, qui engendrent la maladie : c'est donc à des faits de nature psychique (la prédisposition et l'agent provocateur) que nous sommes ramenés en dernière analyse, et auxquels nous devons rattacher les troubles bulbaires et les troubles cérébraux. C'est l'émotivité, comme le fait remarquer M. Peter, qui, centuplant l'intensité de phénomènes physiologiques fugaces de l'émotion (tremblement, palpitations, polyurie, troubles vaso-moteurs, ictère, suppression des règles. sueurs, diarrhée, vomissements, oppression. sensation de chaleur. parésie des membres inférieurs), les transforme en symptômes pathologiques durables, dont l'ensemble constitue la maladie de Basedow. La symptomatologie du goitre exophtalmique n'est, en effet, que celle de l'émotion : l'étude analytique de celle-ci donne la clef de la maladie ; les troubles émotifs sont « fugitifs chez la plupart d'entre nous, tandis qu'ils sont permanents chez les goitreux exophtalmiques, parce que ce sont des ultra-émotifs » (Peter). Or l'intensité de l'émotion, c'est, dans bon nombre de cas, le cerveau qui la réalise. Donc, si les manifestations de l'émotion sont de nature bulbo-médullaire, c'est du cerveau que part le trouble primordial ; c'est aussi consécutivement à un désordre psychique. qui est l'intermédiaire obligé et qui s'explique par la prédisposition, que se développe la maladie de Basedow. Le fait important dans la genèse des symptômes, c'est la facilité morbide avec laquelle les centres corticaux et bulbaires s'excitent ou s'épuisent ; c'est grâce à elle que le choc moral réalise des symptômes bulbaires persistants (inhibition des centres cardiaque et vaso-moteurs), et aussi des troubles psychiques de nature très variée et indépendants de la névrose bulbaire, comme l'indiquent leur genèse, leur absence de caractère spécifique, leur production chez un même sujet, tantôt antérieure, tantôt postérieure au goitre exophtalmique.

C'est donc, croyons-nous. intervertir l'ordre des faits que de rattacher les anomalies psychiques à la maladie de Basedow, puisque certaines d'entre elles en sont la condition tandis que les autres, comme nous l'avons dit, n'ont rien à voir avec elle. On peut appliquer à ces phénomènes inhibitoires des noyaux cardiaques et vaso-moteurs de la moelle et du bulbe ce que l'on a dit des phénomènes analogues qui se produisent dans des circonstances presque identiques, et peuvent même coexister avec les symptômes du

goitre exophtalmique, nous voulons parler des paralysies psychiques (hémiplégie, paraplégie, monoplégie de nature hystérique dans le cours de la maladie de Basedow; Tessier, Ballet). Dans un cas comme dans l'autre, c'est du cerveau que vient tout le mal ; c'est lui qui, exploitant les faits physiologiques, transforme les phénomènes du choc nerveux local (parésie et anesthésie) et ceux de l'émotion (tachycardie, tremblement, etc.), en une paralysie permanente, psychomotrice pour les paralysies psychiques, bulbo-protubérantielle pour la maladie de Basedow. Pourquoi, dans les deux ordres de faits, cette *exagération* de manifestations physiologiques, sinon par suite d'une susceptibilité psychique sociale du sujet, qui relève souvent de l'hérédité morbide !

Nous sommes ainsi amenés à considérer, dans un grand nombre de cas, le goitre exophtalmique, névrose bulbaire d'origine psychique, comme n'étant qu'une localisation particulière des troubles fonctionnels qui surviennent chez les dégénérés, chez les prédisposés, dans tel ou tel département de l'axe cérébro-spinal. D'ailleurs il n'est pas hors de propos de rappeler que certaines manifestations du goitre exophtalmique peuvent se rencontrer isolément chez des dégénérés, en l'absence de toute maladie de Basedow. On sait avec qu'elle fréquence on constate dans le goitre exophtalmique, le tremblement héréditaire ou non ; l'un de nous (1) a montré les rapports étroits du tremblement essentiel héréditaire avec l'hérédité morbide (alcoolisme, dégénérescence mentale). On peut voir d'ailleurs chez certains sujets atteints de goitre exophtalmique, le tremblement d'origine héréditaire se montrer bien antérieurement à la maladie de Basedow, au point qu'il est permis de se demander s'il doit y être rattaché. M. A. Vigouroux donne l'observation d'un malade atteint de goitre exophtalmique depuis l'âge de vingt-huit ans dont la grand'mère paternelle était affectée d'un tremblement généralisé, et qui tremblait lui-même depuis l'âge de douze ans.

On connaît les travaux de M. Magnan sur les états de dégénérescence et l'explication anatomo-physiologique très rationnelle qu'il en a donnée : ces états sont dus aux arrêts de développement

(1) Raymond. Sur le tremblement essentiel héréditaire. (Conférence de l'hôpital Lariboisière, *Bull. méd.*, 2 mars. 1892.)

ou au fonctionnement pathologique des divers centres cérébraux et médullaires : on interprète ainsi les anomalies physiques, intellectuelles et morales de ces sujets ; leurs syndromes épisodiques (obsessions, impulsions) relèvent également de cette déséquilibration des centres de l'écorce ou de la moelle, qui sont ou paralysés ou en état d'éréthisme. M. Magnan a donné des exemples démontrant que tout l'axe cérébro-spinal (cerveau avec ses centres psychiques, psychomoteurs et sensitifs; protubérance, bulbe, centres médullaires) peut participer à cette déséquilibration. Tantôt ce sont des phénomènes d'excitation qui se produisent: c'est un centre surexcité qui réclame le retour d'une sensation déjà connue; ainsi chez l'onomatomane obsédé par l'idée de prononcer des mots grossiers et qui se retire dans un lieu écarté pour les prononcer à haute voix, c'est le centre auditif de l'écorce qui «est dans un tel état d'éréthisme que l'image vient solliciter le centre moteur d'articulation qui l'expulse au dehors » (1). Il en est de même chez le dipsomane, chez l'onaniste : il s'agit de reproduire une sensation, réclamée par un centre en état d'éréthisme. Parfois c'est la mimique d'un état passionnel, rires ou pleurs, qui se reproduit d'une façon automatique, en désaccord avec les sentiments éprouvés par le sujet (trouble fonctionnel de la protubérance) ; dans d'autres circonstances, c'est un état d'excitation du centre génito-spinal (priapisme, crises clitoridiennes) (2) ou des centres cérébraux postérieurs, siège des instincts (impulsions érotiques) ou des centres psychiques antérieurs (perversions sexuelles, érotomanes). Chez certains sujets, ce sont les centres psycho-moteurs qui fonctionnent automatiquement (mouvements irrésistibles, impulsions à frapper, tics) ; chez d'autres, les centres sensoriels (hallucinations, Ballet). D'autre part, on observe aussi des phénomènes de paralysie d'inhibition de certains centres (aboulie, impuissance, paralysies psychiques). On le voit, chez les dégénérés, la désharmonie fonctionnelle, la déséquilibration des différents centres est la règle (automatisme ou inhibition). Il est permis de se demander si la maladie de Basedow ne peut pas être considérée, dans plus d'un cas, comme traduisant une véritable déséquilibration des

(1) Magnan. Héréditaires dégénérés. (*Arch. neur.*, mai 1892.)

(2) P. Sérieux. Note sur un cas d'automatisme du centre génito-spinal. Contribution à l'étude des crises clitoridiennes. *Revue de l'hypnotisme*, 1891.)

centres bulbo-protubérantiels de l'innervation vaso-motrice. On expliquerait ainsi son association assez fréquente, chez des dégénérés, avec des phénomènes de même nature dus à l'automatisme ou à l'inhibition des centres nerveux corticaux et médullaires (voir Obs. II, la coexistence chez une dégénérée du goitre exophtalmique avec des convulsions cloniques du muscle grand oblique droit de l'abdomen).

Conclusions.

1. — Les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection.

2. — Ils n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes. Ils relèvent en réalité de l'association au goitre de psychoses distinctes et autonomes.

3. — Il y a lieu d'opérer le démembrement de ces symptômes psychiques au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués.

4. — Une certaine partie a pu être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc.

5. — Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale que démontrent les *antécédents héréditaires psychopathique* des malades, leur *état mental antérieur* (*déséquilibration*), leurs *stigmates physiques* et *psychiques* (*obsessions* et *impulsions*), enfin la *forme de leurs accès délirants.*

6. — L'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence ; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits. C'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses et de leur évolution parallèle et indépendante.

7. — La diathèse psychopatique peut se révéler par l'éclosion d'un délire, soit au cours du goitre exophtalmique, soit bien antérieurement à son début, ou encore bien postérieurement à sa guérison, soit enfin successivement dans ces différentes conditions.

8. — Le choc moral, qui provoque la maladie de Basedow, peut réveiller simultanément les aptitudes délirantes du sujet. Dans

certains cas, le goitre exophtalmique lui-même agit, chez un prédisposé, pour faire clore les troubles psychiques au même titre qu'une cause occasionnelle banale quelconque.

9. — Le goitre exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité, qui est à la base de la maladie.

10. — Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensitifs, sensoriels), bulbaires ou spinaux. Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibration des centres vaso-moteurs, qui coexiste souvent avec des troubles analogues du côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal.

M. Joffroy. — Je ne nie pas la prédisposition héréditaire dont l'existence se manifeste sous l'influence de la maladie de Basedow. Ce fait est commun à bien d'autres cas; mais ici il y a quelque chose de particulier. La maladie de Basedow dépend d'altérations du corps thyroïde. Or, toutes les fois que cet organe est atteint, il y a des troubles mentaux, témoins les crétins, les myxœdémateux. La maladie de Basedow joue donc, même chez les prédisposés, une influence considérable sur l'éclosion des troubles délirants par suite de l'intoxication qui résulte de l'altération des fonctions du corps thyroïde.

M. Raymond. — Dans notre travail, nous avons, M. Sérieux et moi, montré que nous tenions grand compte des phénomènes constitutifs de goître exophtalmique, ou des phénomènes surajoutés, insomnie, neurasthénie, etc., dans la genèse des accidents délirants. Nous avons ajouté que, peut-être, dans quelques cas, l'altération fonctionnelle ou structurale du corps thyroïde pouvait être invoquée pour expliquer l'apparition de certains phénomènes psychiques. Mais nous pensons que tout autre cause banale quelconque peut, chez les dégénérés atteints de maladie de Basedow, produire de semblables phénomènes cérébraux.

En un mot, pour nous, le goître exophtalmique appartient en

propre aux faits de l'hérédité, à la dégénérescence mentale, qu'il existe seul ou qu'il soit compliqué. Il y a tout intérêt, aujourd'hui à réunir dans un tout homogène les fragments d'une même histoire clinique, alors que ces fragments sont inscrits sous des noms différents : à cette synthèse, la nosologie n'a qu'à gagner en clarté.

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. Joffroy (de Paris). — L'année dernière au Congrès de Lyon, lors de la discussion des rapports de la paralysie générale et de l'alcoolisme, et cette année à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à propos de la discussion des rapport du tabes et de la paralysie générale, j'ai soutenu l'opinion, défendue par un certain nombre de médecins français et étrangers, que la paralysie générale est caractérisée anatomiquement par une lésion des éléments nobles, cellules nerveuses et tubes nerveux ; que c'était là la lésion primitive, la lésion la plus importante et que les lésions de la névroglie et même des vaisseaux n'étaient, qu'elle que soit leur intensité, que des lésions secondaires et d'ordre moins important. La démonstration de cette donnée est d'autant plus difficile qu'en général l'autopsie se fait après une durée prolongée de la maladie et qu'alors les lésions vasculaires sont plus prononcées, l'encéphalite interstitielle est plus intense et que ces lésions masquent pour ainsi dire les altérations des éléments nobles. Cependant il arrive que les choses ne se passent pas ainsi et que la distribution des lésions est plus favorable à la démonstration. J'ai eu l'occasion de recueillir un cas de ce genre, se présentant avec des particularités anatomiques intéressantes qui me paraissent non seulement justifier l'opinion que la paralysie générale est une encéphalite parenchymateuse, mais une maladie de tout un système anatomique de l'axe cérébro-spinal.

Voici d'abord le résumé de l'observation de ma malade, avec la relation de l'autopsie et des recherches histologiques des centres nerveux.

Paralysie générale. — Atrophie musculaire de la main gauche. —

Altérations des cellules nerveuses de l'encéphale et de la moelle. — Atrophie des grandes cellules motrices de la corne antérieure gauche de la moelle cervicale.

La nommée X... est entrée dans mon service de la Salpêtrière en 1885, à l'âge de 33 ans. Elle exerçait la profession de lingère. Ses antécédents héréditaires sont mal connus, mais dans ses antécédents personnels, il y a lieu de mentionner une syphilis bien caractérisée survenue vers l'âge de 24 ans avec accidents secondaires très accusés et longtemps persistants. Elle a été soignée régulièrement, et depuis quelques années elle se portait bien lorsque, quelques mois avant son entrée à l'hôpital, on remarqua des troubles de la parole et un tremblement des mains qui s'accentua assez pour l'empêcher de continuer à se livrer à ses travaux de couture. La malade n'est nullement alcoolique.

Quand je la vis pour la première fois, elle présentait les symptômes classiques de la paralysie générale ; de l'inégalité pupillaire, avec insensibilité de la pupille à la lumière; des troubles bien accusés de la parole devenue embarrassée, traînante, irrégulière, avec impossibilité de prononcer nettement certains mots, du tremblement de la langue et des lèvres, des contractions fibrillaires accusées surtout au niveau de la lèvre inférieure et du menton, du tremblement des mains avec diminution notable de la force musculaire, un peu d'irrégularité de la marche ne s'accentuant pas par l'occlusion des yeux et enfin des troubles psychiques caractérisés par l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, des préoccupations hypochondriaques et du délire des grandeurs.

Dans les derniers temps, les symptômes s'étaient rapidement aggravés, probablement à cause de la situation misérable à laquelle la suppression de son travail avait réduit la malade. Aussi son entrée à l'hôpital fut-elle suivie rapidement d'une amélioration très notable, sans que cependant on ait institué aucun traitement. Ce n'est, en effet, que six semaines plus tard que la malade fut soumise sans succès à l'iodure de potassium et aux frictions hydrargyriques.

Dans le courant de l'année 1886, on note deux périodes d'agitation avec insomnie que l'on réussit à calmer par l'administration de fortes doses de chloral et d'antipyrine.

En 1887, il se développa des accidents syphilitiques à la langue, aux lèvres, ainsi que sur les fesses et la partie des cuisses qui était continuellement en contact avec l'urine, la malade étant devenue gâteuse et gardant le lit à cause de la faiblesse des membres inférieurs. Ces accidents disparurent rapidement sous l'influence du traitement ioduré.

En 1888, il se produit une rémission, et la malade peut se lever et marcher dans la salle en se tenant aux barreaux des lits.

Pendant tout ce temps les symptômes psychiques conservent le même caractère et ne présentent que des variations d'intensité.

En 1890, la faiblesse musculaire devient très accusée, à ce point que la malade ne peut plus porter les aliments à la bouche et que non seu-

lement la marche mais la station debout sont complètement impossibles. Les réflexes patellaires restent normaux à gauche, un peu exagérés à droite.

Au commencement de 1891, l'affaiblissement augmente encore. C'est tout ce que peut faire la malade que de soulever le talon au-dessus du plan du lit. Au dynamomètre, on obtient une pression maximum de 10 kilogrammes à droite et seulement de 5 à gauche. Pas de modifications profondes de la sensibilité de la peau et des muqueuses. Le goût et l'odorat paraissent obtus.

L'acuité visuelle semble assez bonne des deux côtés. La pupille droite est régulière, avec un diamètre de 4 millimètres environ, avec conservation à peu près normale des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation. A gauche, au contraire, la pupille dilatée a un diamètre de 8 millimètres, un contour irrégulier, et ne réagit plus ni à la lumière ni à l'accommodation.

Il n'y a de lésions ni du fond, ni des milieux de l'œil.

La parole est traînante, presque inintelligible, surtout pour les mots un peu long dont la malade ne prononce bien que la première ou la seconde syllabe.

L'écriture est impossible et les quelques lettres tracées et reconnaissables ne correspondent pas au mot que la malade cherche à écrire.

La langue est mue difficilement, mais n'est pas atrophiée.

A la main gauche, on note une diminution du volume de l'éminence thénar, appréciable surtout au niveau du premier interosseux, avec mouvements fibrillaires spontanés ou faciles à provoquer.

Dans les mois qui suivirent, l'état resta d'abord stationnaire, puis l'atrophie de la main gauche fit des progrès très notables.

Il se produisit alors une gibbosité bien accusée au niveau de la huitième vertèbre dorsale, analogue à celle d'un mal de Pott.

En avril, des eschares se montrèrent à la partie supérieure des fesses et à la région sacrée, et, malgré toutes les précautions que l'on put prendre, elles firent de rapides progrès.

Vers cette époque, on trouva un matin la malade plongée dans un état comateux sans déviation des yeux ni de la tête. Après quelques jours, cet état fut remplacé par de l'agitation avec cris. Puis l'état général s'aggrava, les eschares des fesses s'agrandirent. Il s'en développa au niveau de la gibbosité dorsale, au niveau des talons et des coudes, et c'est dans ces conditions que la mort survint en mai 1892.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Les parois du crâne sont très épaisses. La dure-mère présente seulement des traces de congestion. Les artères de la base ne sont nullement athéromateuses. Les méninges présentent à un certain degré l'état laiteux, avec un peu de sérosité louche dans le fond des sillons. La pie-mère est très adhérente à la substance cérébrale et on ne peut décortiquer le cerveau ; on réussit seulement à enlever quelques lambeaux de pie-mère qui entraînent de la substance cérébrale.

L'examen à l'œil nu des coupes du cerveau montre qu'il n'y a aucune lésion en foyer, et on ne remarque rien autre qu'un état piqueté de la substance centrale, qui paraît dû à l'agrandissement des espaces vasculaires, principalement dans les noyaux articulaires.

Il n'y a pas de granulations de Joire à la surface de l'épendyme. La moelle ne présente aucune lésion à l'œil nu, si ce n'est un peu d'épaississement des méninges au niveau de la queue de cheval.

Au niveau de la gibbosité, les vertèbres sont affaissées, friables, avec lacunes dues à l'agrandissement des aréoles du tissu spongieux. Il n'y a pas de pachyméningite à ce niveau, et l'on ne voit ni à la surface ni dans la profondeur de la vertèbre aucun noyau tuberculeux.

Les poumons présentent aux sommets de petits noyaux caséeux et aux bases de la congestion avec noyaux récents de broncho-pneumonie.

La rate présente à sa surface deux petits nodules fibreux, gros comme un pois, semblables à des cicatrices de gomme.

Dans les autres organes il n'y à rien à signaler.

Les muscles de l'éminence thénar de la main gauche sont pâles, jaunâtres et très amaigris. Ceux du côté opposé présentent l'aspect normal. Les dissociations faites à l'état frais montrent, dans les muscles malades, des fibres de très petit diamètre dont la plupart ont conservé leur striation, pendant que d'autres moins nombreuses sont remplies de granulations et n'offrent plus trace de striation. Les noyaux sont très multipliés. Dans les nerfs correspondants on trouve, à côté de tubes sains, des tubes dégénérés avec des boules graisseuses, prolifération nucléaire et segmentation ou résorption du cylindre-axe.

Après durcissement du cerveau et de la moelle, des coupes furent pratiquées dans les circonvolutions frontales, dans les circonvolutions ascendantes et dans les différentes régions de la moelle.

Sur les coupes des circonvolutions on constatait des altérations excessivement peu avancées des vaisseaux et de la névroglie, tandis qu'au contraire les cellules nerveuses étaient en grand nombre, et pour un certain nombre profondément atteintes.

Les gaines vasculaires étaient très élargies et renfermaient pour la plupart un vaisseau revenu sur lui-même dont les parois étaient en général très peu altérées. Dans la gaine lymphatique on voyait un exsudat avec des leucocytes plus ou moins reconnaissables.

La névroglie présentait une prolifération des noyaux, principalement au voisinage des vaisseaux; mais cette prolifération était si peu abondante que c'est à coup sûr l'un des cerveaux de paralytiques où il m'a été donné d'observer la lésion à un moindre degré.

Les grandes cellules nerveuses à prolongements multiples étaient, les unes très pigmentées, d'autres manifestement atrophiées, comme rétractées, avec disparition de leurs prolongements, quelques-unes étaient réduites à une petite masse vitreuse, dans laquelle on ne distinguait généralement plus ni noyaux ni nucléole.

De même pour les petites cellules nerveuses, elles se montraient en grand nombre complètement granuleuses, atrophiées, prenant mal la substance colorante et entourées, comme dans la description qu'en a donnée M. Klippel, de noyaux plus ou moins nombreux, d'aspect jeune, et formant parfois à la cellule malade une véritable couronne. Enfin, un certain nombre de ces cellules manquaient sur la préparation ; mais ici peut-être y a-t-il quelques réserves à faire, les résidus des cellules malades et atrophiées ayant pu disparaître pendant les manipulations nécessitées par la préparation des pièces.

Au voisinage de la surface des circonvolutions les tubes nerveux n'existent plus qu'en petit nombre.



Cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière à la région cervicale. Atrophie et disparition d'un grand nombre de cellules motrices de la corne gauche. (Dessin fait à la chambre claire par M. Achard.)

L'examen des coupes de la moelle nous réservait l'explication de l'atrophie musculaire de la main gauche. A la région cervicale, principalement dans sa moitié inférieure, on constatait une diminution très appréciable de l'étendue de la corne antérieure gauche, avec une lésion des grandes cellules motrices analogues à celle que l'on constate dans la paralysie infantile. Tandis que le groupe externe des grandes cellules motrices de la corne antérieure était très fourni à droite, celui de gauche n'était constitué que par des cellules moins nombreuses, au moins de moitié, et encore ces cellules se présentaient-elles pour la plupart avec des caractères très accusés d'altération atrophique, pigmentation, perte de prolongements, diminution de volume, état vitreux, etc. On peut se faire une idée de l'ensemble de la lésion en examinant le dessin ci-dessus des cornes antérieures droite et gauche, avec leurs grandes cellules motrices.

Ce n'est pas du reste seulement dans la corne antérieure gauche de la substance grise que ces altérations se rencontraient, elles existaient aussi, quoique à un moindre degré, dans les cellules motrices de la corne antérieure droite, ainsi que dans les cellules nerveuses de la corne postérieure qui étaient pigmentées d'une façon tout à fait anormale; et cette pigmentation des cellules à ce degré d'exagération se rencontrait ainsi plus ou moins dans toute l'étendue de la moelle.

Les vaisseaux de la pie-mère médullaire étaient distendus et présentaient un épaississement assez marqué des parois; mais c'est dans l'épaisseur même de la moelle, à la région cervicale, dans le groupe vasculaire qui se trouve à gauche et en avant du canal central, que cette altération des parois artérielles se présentait avec plus d'intensité. Là, la paroi était très épaissie et toute la membrane externe avait subi une transformation vitreuse analogue à celle que l'on rencontre si fréquemment au voisinage des lacunes de la myélyte cavitaire.

Il n'y avait aucune sclérose de la substance blanche de moelle, si ce n'est, à un très léger degré, dans les faisceaux de Goll et de Burdach.

Cette observation me paraît comporter quelques réflexions ayant trait, soit à l'atrophie musculaire qui survient dans la paralysie générale plus fréquemment qu'on ne l'a dit, soit à l'anatomie pathologique et à la nature de la lésion de la paralysie générale.

Relativement à l'atrophie musculaire signalée depuis longtemps déjà, nous nous contenterons de rappeler l'étude faite en 1875 par Grellière dans sa thèse inaugurale *sur l'atrophie musculaire dans la paralysie générale des aliénés*. L'auteur rapporte des observations d'atrophie musculaire avec altération des cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle. Cette altération lui paraît consécutive aux lésions de la substance blanche décrite par Westphal et Magnan. Il cite cependant les observations de Voisin et Hanot (1) qui, à côté de lésions peu accusées de la substance blanche, constatèrent des altérations de la substance grise, ce qui les a amenés à dire « qu'il ne serait pas impossible de concevoir que la substance grise de la moelle puisse s'altérer en quelque sorte primitivement dans une affection où l'axe cérébro-spinal semble pouvoir être lésé tout entier ».

(1) Voisin et Hanot. *Mém. de la Soc. de biologie,* 1872. Atrophie musculaire dans le cours de la paralysie générale.

On peut encore mentionner une observation analogue de Liouville publiée en 1874 (1).

Dans d'autres cas, il semble que la maladie ait débuté par une atrophie musculaire, comme si la lésion frappait d'abord la substance grise de la moelle avant de se propager aux éléments similaires du cerveau. C'est à cette dernière catégorie des faits que l'on doit rattacher une observation fort instructive du professeur Ball.

Le fait que je viens de rapporter vient donc s'ajouter à une série d'autres dont je n'ai mentionné que les plus anciens ou les plus importants et il se présente dans des conditions de netteté qui ne laissent aucun doute sur le mécanisme de l'atrophie musculaire. Celle-ci se développe suivant le procédé des myopaties spinales avec altération primitive des grandes cellules motrices de la substance grise des cornes antérieures, comme dans la paralysie infantile, ou plus justement comme dans la sclérose latérale amyotrophique, car dans cette dernière maladie, comme dans la paralysie générale, il s'agit d'une atrophie subaiguë ou chronique des cellules nerveuses.

L'absence presque complète, dans le fait que j'étudie, de sclérose des faisceaux blancs, et en particulier l'absence de toute lésion des faisceaux latéraux ne permet pas de supposer, selon l'hypothèse de Grellière, qu'il s'agit d'une sorte de complication, que la lésion cérébrale a pu déterminer des dégénérations secondaires de la moelle, et qu'ensuite, presque accidentellement, la lésion s'est propagée aux cellules des cornes antérieures suivant un mécanisme observé assez fréquemment dans l'hémiplégie cérébrale et sur lequel je revenais dernièrement dans ces *Archives* (2).

C'est donc bien à une lésion primitive, à une atrophie primitive des grandes cellules motrices que nous avons affaire dans ce cas, et c'est de cette lésion que relève l'atrophie musculaire si accusée de la main gauche.

Ce point mis en lumière, j'insisterai brièvement sur les lésions cérébrales. Les vaisseaux sont peu enflammés, les gaines vasculaires sont très dilatées et il semble que l'on ait sous les

(1) Liouville. *Progrès médical,* octobre 1874.

(2) Joffroy et Achard. *Arch. de méd. expérim.* Novembre 1891. — Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire chez les hémiplégiques.

yeux le résultat de réplétions fréquentes et prolongées des vaisseaux, de congestions répétées, n'ayant que peu retenti sur la structure des parois, non plus que sur celle de la névroglie où l'encéphalite interstitielle est réellement fort peu accusée; tout cela sans doute à cause de la marche très lente de la maladie.

Peut-on réellement, dans un cas semblable, où l'altération des vaisseaux est si peu accusée, où l'encéphalite interstitielle est si peu prononcée, peut-on réellement ne voir, dans les altérations des cellules nerveuses, autre chose qu'une sorte d'étouffement suivant la théorie de M. Luys; la chose n'est certainement pas possible ici puisque la névroglie n'est le siège que d'une prolifération insignifiante. Est-il davantage possible de ne voir autre chose que le résultat du trouble de la nutrition produit par la lésion vasculaire, alors que celle-ci est réduite à un minimum, tandis que les altérations des cellules nerveuses sont si profondes ? Non, évidemment, cette explication ne peut être admise et il faut en venir à la théorie de l'encéphalite parenchymateuse, à la théorie de la lésion primitive des cellules nerveuses, que j'ai déjà soutenue l'an dernier à ce congrès et qui est conforme aux recherches de Friedmann (1), de Ziegler (2), de Kronthal (3), de Pierret, de Klippel dont je rappelerai le mémoire important paru l'an dernier dans ce recueil.

J'arrive maintenant à une remarque à laquelle j'attache la plus grande importance, c'est que dans ce cas on rencontrait la lésion, dans l'encéphale, aussi bien dans les grandes que dans les petites cellules, et que dans la moelle, si la lésion atrophique était prédominante à la région cervicale dans la corne antérieure gauche de la substance grise, on la rencontrait aussi, quoique à un moindre degré, dans la corne antérieure droite ainsi que dans les cornes postérieures. De sorte que dans la moelle, ainsi que dans le cerveau, toutes les cellules nerveuses, grandes et petites, psychiques, motrices, sensitives ou autres, sont atteintes primitivement par une altération qui tend à les atrophier. Nous nous trouvons donc en présence d'une maladie cérébro-spinale, qui dans la moelle comme dans le cerveau, dans toute la longueur de l'axe

(1) Friedmann. *Neurolog. Centralblatt*, 1887.
(2) Ziegler. *Anatomie patholog*. Bd. II.
(3) Kronthal. *Neurolog. Centralblatt*, 1887.

cérébro-spinal, est essentiellement caractérisée par une altération primitive des cellules nerveuses.

Cette conclusion s'impose d'autant plus dans le cas particulier que nous venons d'étudier, que les cordons latéraux sont restés absolument sains et que, comme je l'ai dit précédemment, on ne peut songer dans ce cas à subordonner les altérations de la moelle épinière à celles du cerveau.

Cette façon de comprendre un certain nombre de cas (je me garde bien de dire tous les cas) de paralysie générale rapproche cette affection de la sclérose latérale amyotrophique et en fait une variété de ces atrophies chroniques des cellules nerveuses décrites en 1870 par Charcot et par moi-même dans un travail que je publiais alors en collaboration avec Duchenne de Boulogne (1). Ici comme toujours quand il s'agit d'atrophie chronique des cellules nerveuses, il s'agit d'une maladie fatalement progressive, qui s'étend, qui se généralise jusqu'à ce qu'elle ait amené la mort. C'est toujours le même système de destruction des cellules nerveuses, le même système de progression et de généralisation, le même pronostic fatal.

Une dernière remarque. Je disais dernièrement à la Société médicale des hôpitaux, en opposant le tabes à la paralysie générale que le tabes était une maladie systématisée, tandis que la paralysie générale était tout le contraire. Je reviendrai sur cette dernière partie de mon assertion. La paralysie générale ne s'en prend pas comme l'ataxie à un système anatomique ayant une fonction physiologique bien individualisée comme le système sensitif central, mais elle atteint un système anatomique ayant des fonctions physiologiques multiples. La paralysie générale, en altérant les grandes et les petites cellules de l'encéphale, les grandes et les petites cellules de la moelle, atteint du même coup, les fonctions psychiques, les fonctions motrices, les fonctions sensitives et trophiques, et si ce n'est pas là ce qui se passe dans tous les cas que l'on réunit aujourd'hui sous la dénomination unique de paralysie générale (ce que, je le répète, je suis bien éloigné de dire), c'est du moins ce qui se passe dans toute une catégorie

(1) Duchenne de Boulogne et Joffroy. *Archives de physiologie*, 1870. — De l'atrophie aiguë et chronique des cellules nerveuses de la moelle et du bulbe.

de faits qui peut-être un jour constitueront seuls la véritable paralysie générale.

M. Raymond. — Je demande la permission de répondre quelques mots à M. Joffroy.

Je voudrais, surtout, faire des réserves relativement à l'affirmation du mode de début, dans certains cas, de la paralysie générale par les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale. La chose est possible ; j'ajoute que, systématiquement, je ne suis point hostile à cette conception ; mais le nouveau fait produit par M. Joffroy est-il probant ? Je ne le crois pas.

M. Joffroy nous dit que, chez sa malade, les vaisseaux étaient à peine lésés, la névroglie presque intacte, etc., alors que les cellules nerveuses étaient très altérées ; mais dans cette énumération des lésions de la paralysie générale, je n'ai point entendu mentionner l'état des fibres nerveuses des circonvolutions.

Or je pose en fait que, dans beaucoup de cas, ces fibres sont touchées les premières, bien avant les cellules cérébrales, et que leur altération constitue la lésion primordiale, peut-être la plus importante de la paralysie générale comme de la démence. Je m'appuie, pour soutenir cette opinion, sur les résultats de l'autopsie d'un grand nombre de paralytiques généraux et sur ceux observés dans un cas de démence consécutive à une tumeur du lobe frontal, résultats que j'ai communiqués dernièrement à la Société médicale des hôpitaux.

Chez la malade, objet de cette dernière observation, les cellules nerveuses des circonvolutions, à part celles détruites directement par la tumeur, relativement en petit nombre, étaient saines ; la névroglie, les vaisseaux ne présentaient aucune altération même minime ; par contre, les fibres tangentielles de l'écorce étaient dégénérées dans des proportions considérables, jusqu'à se réduire à zéro en certaines régions, excepté au niveau de la zone motrice, et les fibres des lobes occipitaux participaient elles-mêmes à ces lésions dans de grandes proportions. Chez mes paralytiques généraux, les cellules nerveuses étaient ou paraissaient saines, alors que les fibres tangentielles de l'écorce étaient profondément altérées.

Tant que nous n'aurons pas d'examens histologiques pratiqués

tout à fait dès les premiers débuts de la paralysie générale, ou dans des états semblables que l'on provoquera par l'expérimentation, nous ne pourrons, au nom de l'anatomie pathologique, décréter que la lésion initiale se fait dans tel élément ou dans tel autre. Et encore que de causes d'erreurs !

Il me paraît donc tout à fait prématuré de se demander, de par les altérations morbides seules s'il existe plusieurs variétés de paralysie générale : encéphalite interstitielle, encéphalite parenchymateuse, etc.; la clinique, sainement interprétée, nous en apprendra plus long, à cet égard, que l'anatomie pathologique, du moins, c'est là ma conviction.

J'ai été heureux d'entendre M. Joffroy, en terminant, nous dire qu'il ne niait plus, d'une façon absolue, la systématisation des lésions dans la paralysie générale. Il faudra, d'ailleurs, encore bien des travaux pour nous apprendre l'histologie normale, et pour que nous sachions si, vraiment, l'expression *systématique*, qui n'a pas déjà une signification bien précise pour la moelle épinière, excepté au point de vue physiologique, peut être appliquée à telle ou telle variété de lésions cérébrales !

M. Mordret a observé récemment un cas de paralysie générale sans lésions macroscopiques.

M. Doutrebente. — Le cas que M. Joffroy vient de rapporter est-il un cas de paralysie générale type, ou de syphilis cérébrale ?

M. Joffroy. — La syphilis n'est pas en cause dans les lésions anatomiques que je viens de décrire. Que les malades aient ou non des antécédents syphilitiques, cela n'influe pas sur la forme de la paralysie générale. Il n'y a pas de paralysie générale de nature, mais d'origine syphilitique; la syphilis est une simple cause prédisposante. La vraie paralysie générale est celle qui répond au type anatomique que je viens de décrire.

RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DES TABES

M. Pierret (de Lyon). — Je ne viens pas apporter ici le fruit de travaux hâtifs ou de réflexions de la veille : les propositions que je vais formuler sont au contraire le résultat d'une recherche patiente et tout à fait dénuée de parti pris.

Mon ambition a toujours été d'établir d'une façon nette, précise, indiscutable, que les maladies du cerveau et celles de la moelle épinière sont généralement séparées à tort, et que les phénomènes réputés psychiques obéissent aux mêmes lois que les sensitifs ou les moteurs.

A vrai dire je devrais pour ces derniers employer les mots de centripètes et de centrifuges.

L'être vivant reçoit et traduit. C'est par des mouvements qu'il est ému et la traduction de ce qu'il reçoit c'est encore du mouvement.

L'organisme à l'état de santé, n'est qu'un chemin ou passe la force : elle entre et sort, séjournant quelquefois, laissant partout des souvenirs.

Il n'y a donc à considérer que deux systèmes anatomiques : la voie d'accès et la voie de départ. Dans la physiologie usuelle, nous appelons l'un sensitif, l'autre moteur.

Le premier est d'une valeur au-dessus de toute contestation, car sa mise en action constitue la vie elle-même dans tout ce qu'elle comporte d'acquisitions sensorielles transformables et d'impressions mémoriales. Toutefois, sans le second, les manifestations de la vie deviendraient impossibles, et les cellules nerveuses incapables de restituer au monde extérieur les modalités stheniques qu'elles reçoivent sans trêve, seraient bientôt détruites par une sorte de pléthore de potentiel.

Heureusement, à l'état normal les choses ne se passent point de la sorte. La force, transportée sans cesse vers les centres nerveux ganglionnaires par les organes périphériques de réception et de transmission, revient aux milieux extérieurs sous des formes variées du mouvement, et ne laisse dans les cellules nerveuses

que juste ce qu'il faut pour que ces éléments soient mis à même de refaire plus aisément ce qu'ils ont déjà fait.

Au point de vue pathologique, et en faisant cette fois la synthèse si nécessaire des fonctions du cerveau, sans excepter la pensée, avec celles des centres inférieurs, sous-corticaux et médullaires, il ne peut exister que deux grandes maladies systématiques : celle du système centripète et celle du système centrifuge.

Dans cet ordre d'idées, je tiens à rappeler, en ce temps d'historiques décennaux, qu'il est une maladie du système nerveux dont j'ai depuis bien longtemps groupé peu à peu tous les éléments, et qui a pour caractéristique d'intéresser toutes les voies centripètes. Cette maladie s'appelle communément le Tabes, mais j'ai pensé qu'en raison de ses caractères anatomiques et cliniques, elle devait désormais porter le nom de *Tabes sensitif*. Trousseau, d'ailleurs, en avait déjà fait une névrose de la sensibilité.

L'inflammation suivie de sclérose qui caractérise cette affection, est nettement systématique, mais elle n'est pas rubanée, comme on le disait à tort il y a quelque vingt ans.

Les foyers d'inflammation, quoique situés dans un même système, peuvent être séparés par des conducteurs sains, comme je l'ai déjà fait remarquer dans une note présentée à l'Académie des sciences (1). Cette sclérose systématique, à foyers séparés, intéresse les organes périphériques, nerfs sensitifs ou sensoriels dans leurs expansions terminales; la moelle épinière, le bulbe et la base au niveau des ganglions de première réflexion ; mais elle intéresse également le cerveau dans cette région du cortex, que l'on sait très bien être aujourd'hui le point ou toutes les impressions venues du dehors viennent enfin de compte acquérir la modalité psychique.

Dans ce sens, une première recherche à faire était d'examiner à l'aide de procédés histologiques perfectionnés, la substance corticale des tabétiques n'ayant présenté d'autres troubles mentaux que cette singularité sensitive qui paraît leur appartenir en propre. Cette recherche je l'ai faite et j'en ai donné brièvement les premiers résultats dans une note publiée par M. le docteur Albert

(1) Pierret. Nouvelles recherches sur les névrites périphériques chez les tabétiques vrais. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1881. Nouvelle communication sur le même sujet à l'Académie des sciences, 28 juin 1886.

Robin dans sa thèse d'agrégation (1). Par cette communication manuscrite, je prenais date pour deux constatations originales : l'existence des névrites périphériques chez les tabétiques, et celle moins connue encore aujourd'hui de points de sclérose en quelques points du cortex chez les tabétiques peu touchés au point de vue mental.

Cette constatation, appuyée depuis lors par les recherches de Jendrassik, doit servir de point de départ à toute étude sur l'état psychique des tabétiques.

Pendant bien longtemps, et tout récemment encore, on a professé que les ataxiques ne devenaient jamais aliénés, on a même loué le courage et la philosophie avec lesquels beaucoup d'entre eux supportent des douleurs véritablement atroces. Or, il y a là une grosse erreur d'observation. La vérité bien constatée depuis les travaux de Horn, 1833 (2), par de nombreux spécialistes parmi lesquels je citerai surtout Wesphall (3) et Baillarger (4), c'est que les tabétiques perdent très souvent la raison.

Leur manière ordinaire de délirer, toute question d'étiologie mise à part, est de fonder sur les douleurs réelles qu'ils éprouvent, sur les troubles sensoriels dont ils sont atteints, des raisonnements erronés et maladifs (5).

Si en effet, on veut bien s'imaginer ce qu'est la vie d'un tabétique, à n'importe quelle période de sa maladie, on est forcé de reconnaître que peu d'affections, pas une peut-être, n'est plus pénible.

(1) Pierret. Note communiquée à M. A. Robin et insérée dans sa thèse d'agrégation, Paris, 1880. Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale, page 327.

(2) Horn. — *In seinen Arch. Berlin*, 1833.

(3) Westphal., 1863. Tabes dorsalis, graue dégénération, der Hinterstræuge und paralysis universalis progressiva.

Voir aussi Rey (Ph.). — Considérations sur quelques cas d'ataxie locomotrice, dans l'aliénation mentale. *Annales médic.-psychol*, 5e série, t. XIV, sept. 1875, Paris.

1879. — Masson (Auguste). Des rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotrice. Thèse. Paris.

(4) Baillarger. *Annales méd. psychol.*, 1862. De la Paralysie générale dans ses rapports avec l'Ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies.

(5) Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. A. Rougier, Thèse de Lyon, 1882.

Les expressions manquent aux tabétiques quand ils veulent donner une idée des souffrances qu'ils endurent. Aussi variées dans leurs formes que dans leur durée, ils les comparent à des décharges électriques, à des morsures, à des arrachements de chair. Il leur semble qu'on les brûle intérieurement, qu'on les empale, qu'on les frappe à coups de poignard, qu'on leur broie les os. A les entendre, on croirait assister à une scène de torture et jamais malheureux soumis à la question n'a senti ses jambes éclater sous les brodequins, ses membres se rompre sous la roue ou sa chair frémir sous le fer rouge avec une intensité comparable aux douleurs que ces effroyables sensations déterminent si cruellement chez les malheureux tabétiques.

Et comme l'affection peut frapper à toutes places dans le système nerveux sensitif, il n'est pas un membre, il n'est pas un organe, il n'est pas une fonction qui puissent échapper à cette loi de souffrance, et les phénomènes les plus usuels et les plus répétés de la vie peuvent devenir chaque jour, à toute heure, la cause incessante de tortures que leur variété et leur fréquence rendent encore plus difficiles à supporter.

Qu'on se figure un ataxique dont la vue s'affaiblissant chaque jour finit par disparaître complètement, s'il ne peut s'assurer par le toucher de la nature des objets extérieurs, il lui faudra avoir recours à ses autres sens, pour ne pas vivre comme isolé au milieu de l'activité générale. Les rapports extérieurs qu'il pourra conserver avec son milieu dépendront absolument de l'intégrité des sens qui lui resteront ; par conséquent, s'ils lui transmettent des impressions et, par suite, des idées fausses, son jugement s'en ressentira, naturellement.

Eh bien ! dans toutes nos observations, nous avons noté les sensations les plus bizarres et les plus désagréables dans tous les organes des sens.

Ce sont du côté des yeux des phénomènes lumineux ou sensitifs : il semble au malade qu'on lui brûle le fond de l'œil, puis il devient aveugle, il sent des poussières, de la terre, du charbon sous ses paupières, etc.; dans sa nuit perpétuelle, il aperçoit des éclairs, des images brillantes, etc.

L'ouïe est souvent atteinte ; les troubles sensoriels peuvent se réduire à de simples bourdonnements, ils peuvent aussi donner au

malade la sensation d'un bruit de sifflet, de roulement de tambour, de bruit de cloches, etc.

Mais ce sont les troubles du goût et de l'odorat, souvent liés ensemble, qui sont de beaucoup les plus capables de tromper le malade. Les aliments les meilleurs et les plus usuels prennent une saveur nauséabonde, fade, salée; quelquefois même ils font croire au malade, qui n'a plus de sens à sa disposition pour comprendre la fausseté de ces sensations, qu'ils sont imprégnés d'effluves méphitiques, d'ordures, d'excréments..., et, non seulement le malade trouve cette saveur à ses aliments, mais il en sent parfaitement l'odeur; il lui est donc difficile de réagir contre cette impression morbide.

Il n'a même plus la ressource de s'adresser au toucher; nous le voyons, dans certains cas, incapable de faire la différence entre les barreaux et les draps de son lit.

Rapprochons maintenant ces troubles sensoriels des phénomènes douloureux que nous signalions tout à l'heure, le malade n'associera-t-il pas les uns avec les autres, et les idées fausses que lui procureront les premiers ne l'aideront-elles pas à s'abuser sur l'origine des seconds?

Le délire du tabes dorsalis existe; il est dans les cas purs, caractéristique. C'est un delire de persécution qui, dans sa marche, suit pas à pas l'évolution anatomique du tabes auquel il est intimement uni.

Ce délire débute par un état lypémaniaque parfaitement justifié par toutes les souffrances endurées par le tabétique.

Il s'organise peu à peu, à mesure que les organes des sens sont atteints; il est caractérisé par des hallucinations (nous nous servons de ce mot dont nous discuterons plus loin la valeur et la réalité), hallucinations de la vue qui apparaissent avec les troubles de la vision; de l'ouïe, dépendant des lésions auditives; du goût, liées aux lésions sensorielles du palais et de la langue; de l'odorat, sous l'influence de l'évolution du tabes dans les nerfs olfactifs, et aussi de la sensibilité générale dans tous ses modes.

Au début, il n'est que le résultat d'une interprétation fausse des sensations bizarres que la maladie envahissante détermine dans les nerfs sensoriels et sensitifs qui sont atteints. Les douleurs atroces de la maladie sont attribuées à des ennemis imagi-

naires. Le malade se dit torturé, empoisonné, insulté, menacé, suffoqué par les odeurs les plus répugnantes, magnétisé, etc.

C'est bien là un délire de persécution greffé sur des troubles sensoriels indubitables et qui ne constituent pas comme on l'a dit trop souvent des illusions et des hallucinations.

Ce dernier fait donne au délire une fixité et une vraisemblance qui permettent de le reconnaître pour peu qu'on s'en donne la peine.

Bien plus, et ces faits sont très nombreux, car j'en possède pour mon compte près de cinquante observations dont quelques-unes ont été publiées, on voit se greffer sur cet état lypémaniaque de véritables bouffées de mégalomanie avec troubles moteurs qui chez un ataxique cortical s'expliquent très aisément. Ces bouffées sont d'abord transitoires, comme l'avait vu, avant moi, le regretté Baillarger; mais peu à peu elles deviennent plus fréquentes, plus tenaces et finissent par constituer une sorte de paralysie générale mixte avec troubles moteurs ataxiques, troubles tabétiques de la sensibilité et plus tard un état démentiel à la fois satisfait et grognon. Un des malades de mon service disait en grattant avec ardeur ses plaques d'hypéresthésie cutanée : « J'ai la gale, mais c'est une gale d'or. » Peu à peu, une vraie démence s'établit, mais jamais elle ne perd absolument le caractère sensoriel qui tient aux localisations caractéristiques de la maladie primordiale. Les tabétiques déments sont toujours infiniment moins niais que les paralytiques généraux vulgaires.

Pourtant leur cerveau est gravement atteint. Leur cortex, surtout dans le tiers postérieur des hémisphères, est presque détruit par un processus d'inflammation mixte, accompagné de méningite. Celle-ci est au maximum dans tous les points où aboutissent des fibres sensitives ou sensorielles.

A côté de ce tabes psycho-sensoriel, il en est un autre dont le substratum anatomique est une sclérose de tout le système psychomoteur, aussi bien dans ses dépendances cérébrales que dans la moelle épinière.

Ce système est anatomiquement bien connu.

Les études embryologiques auxquelles je me suis adonné longtemps, m'avaient, en effet, permis de confirmer de tous points les résultats obtenus par Flechsig au point de vue de l'espèce d'arrêt

de développement qui frappe tout le système pyramidal du fœtus humain, même quand il vient au monde à terme et normalement constitué. Ce développement tardif des gaînes de myéline met le nouvel être humain à l'abri des écarts de mouvement auxquels il ne pourrait pas ne point se livrer si les cellules encore inhabiles de ses zones motrices pouvaient communiquer librement avec les cellules déjà prêtes des ganglions moteurs spinaux, bulbaires, ou sous-corticaux. Il démontre aussi que tout le système possède l'unité anatomique, et l'unité physiologique qui permettent de supposer que chez l'adulte, et sous certaines influences morbides, tous ses éléments peuvent rétrograder vers la structure des premiers âges.

La médecine nerveuse, proprement dite, avait bien semblé pour un instant sur le point de combler cette lacune dans le cadre des scléroses systématiques, mais en dépit de l'autorité des maîtres qui attribuèrent au tabes dorsal spasmodique un substratum anatomique défini, la science est restée en suspens Pourtant la sclérose symétrique des cordons latéraux avait été déjà notée, même en l'absence de toute atrophie musculaire par Ludwig Turck, 1856.

Plus tard, M. Westphall publia quelques cas de sclerose symétriques des cordons latéraux observés par lui chez des malades atteints de paralysie générale ou plutôt généralisée, avec spasmes moteurs et troubles mentaux particuliers. Ces cas me semblent faire partie du cadre des tabes spasmodiques moteurs, qui cessent, il est vrai, d'être purement spinaux (dorsaux) pour devenir, ce qui est bien plus logique, cérébro-spinaux.

L'existence de troubles psychiques ne suffit pas, en effet, pour séparer radicalement ces observations de celles, beaucoup trop strictes et souvent incomplètes, à l'aide desquelles a été tracé le schéma de Erb.

La sclérose caractéristique de cette dernière affection peut être cérébro-spinale, au même titre que celle de la sclérose latérale amyotrophique décrite par M. Charcot.

Rien d'étonnant alors, que l'on observe des spasmes et des tremblements dans les lèvres, la langue ou la face aussi bien que dans les membres, et aussi à ce que l'on reconnaisse, si on les cherche, certains troubles psychiques confinant à la forme la plus simple de la démence véritablement paralytique.

Aux observations publiées par Westphall, Dreschfeld, Stoffela, Savage, je puis en ajouter quatre autres :

L'une, déjà ancienne, personnelle, caractérisée cliniquement par une parésie spasmodique généralisée sans atrophie musculaire, mais avec affaiblissement d'intelligence;

La seconde plus récente communiquée par M. le Dr Bouveret et très analogue au cas de Westphall et de Savage;

Les deux autres très importantes concernent deux femmes mortes dans mon service de l'asile de Bron et chez lesquelles j'avais, depuis trois ans, affirmé l'existence d'une sclérose symétrique des tractus moteurs sans altération des cellules des cornes antérieures, médullaires ou bulbaires. Le syndrome clinique était, avec un grand caractère de généralisation, celui décrit par Erb, Charcot, Betous, c'est-à-dire une parésie spasmodique de tous les muscles, avec exagération des réflexes, trépidations épileptiformes, enfin une véritable démence idéo-motrice. L'autopsie a confirmé le diagnostic dans les deux cas.

En résumé, le tabes dorsal spasmodique existe au point de vue clinique et anatomique, mais les caractères symptomatiques et anatomiques en font souvent une maladie cérébro-spinale. Proche parent de la sclérose latérale amyotrophique, il n'en est peut-être qu'une forme lente ou incomplète en ce qui concerne l'atrophie musculaire, mais comme elle, il peut compromettre l'intelligence.

La forme de trouble mental qui accompagne cette variété de sclérose systématique est bien connue des spécialistes. C'est la démence paralytique pure, la paralysie générale sans délire. Les malades qui en sont atteints ne sont, à vrai dire, ni mégalomaniaques, ni mélancoliques : ce sont des déments moteurs, chez lesquels la pensée ne peut pour ainsi dire plus se manifester par l'une quelconque de ses expressions motrices.

Le malade confiné au lit, les membres raides, avec des réflexes exagérés symétriquement partout, marmotte des paroles entrecoupées, mais non dénuées de sens commun.

C'est la forme type, exemple absolument simple de parésie spasmodique généralisée sans troubles sensitifs ou sensoriels. J'en possède actuellement deux cas, dont j'ai fait le diagnostic pendant

la vie, et je renvoie à la thèse de M. Tacussel (1), mon élève, pour les détails de l'observation et l'historique de la question.

Cette forme morbide, comme le tabes sensitif, s'accompagne de lesions du cortex, mais, cette fois, c'est la zone motrice qui est atteinte d'une sclérose mixte très délicate, avec lésion des cellules nerveuses, semblables à celles qui ont été vues depuis par MM. Charcot et Marie, dans leur forme cérébro-spinale de sclérose latérale amyotrophique.

Comme le tabes sensitif, le tabes moteur peut, d'autre part, comme la plupart des scléroses, aboutir à la diffusion sous l'influence d'une maladie intermittente ou ancienne, qui alors, est toujours infectieuse. Telles, la syphilis et l'influenza.

Alors apparaît ce syndrome extrêmement pénible pour le malade qui, devenu délirant, s'agite et se lamente, impuissant qu'il est à traduire ses émotions autrement que par des mouvements spasmodiques. C'est encore une paralysie générale, mais différant totalement de la précédente par la prédominance absolue des phénomènes moteurs.

Ces deux formes cliniques que je viens de décrire sont, dans leur forme simple, assez rares, tandis qu'on les observe en très grand nombre lorsqu'elles sont compliquées de poussées délirantes qui, d'abord transitoires (Baillarger, Pierret), s'établissent d'une façon définitive par le fait du progrès de la lésion.

Elles ont été, jusqu'à présent, confondues dans le cadre de la paralysie générale due à des lésions diffuses d'emblée, mais il me paraît nécessaire de les décrire à part désormais. (Applaudissements).

NOTE SUR UN CAS DE PARALYSIE GÉNERALE VRAIE CONSECUTIVE A UNE ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE

M. Ch. Vallon (Villejuif). — Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, ouvrier plombier, sans antécédents héréditaires, qui, à la suite d'une encéphalopathie saturnine, a présenté les symptômes d'une paralysie générale à la dernière période. Au bout de

(1) Essai sur le tabes moteur, par le Dr A. Tacussel, Lyon, 1887.

quelques mois, les signes du saturnisme avaient disparu, il s'était produit également une rémission complète de la paralysie générale. A s'en tenir à cette première partie de l'histoire du malade, on se trouverait en face d'un de ces faits qui ont été décrits sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine. En effet, on a donné comme caractérisant cette affection, la marche parallèle vers la guérison de l'intoxication et de la pseudo-paralysie générale elle-même. Si donc mon malade avait été repris par sa famille à ce moment, on aurait pu le croire guéri et, de ce fait, le considérer comme ayant été atteint d'une pseudo-paralysie saturnine. Presque toutes les observations publiées sous le nom de pseudo-paralysie saturnine ne sont que des observations incomplètes, une page de l'histoire d'un malade et non pas l'histoire toute entière.

Après cette rémission de deux mois, tous les symptômes de la paralysie générale se sont montrés de nouveau. La maladie a suivi la marche ordinaire de la paralysie générale pour aboutir au marasme paralytique et à la mort. L'autopsie a montré dans le cerveau les lésions très nettes et très accusées qui sont considérées comme caractéristiques dans la paralysie générale. A mon avis, la pseudo-paralysie saturnine ne saurait être considérée comme une entité morbide distincte, mais comme une simple période de l'évolution du saturnisme vers la paralysie générale. On ne peut admettre le terme de pseudo-paralysie qu'à la condition de le considérer comme l'expression d'un *diagnostic provisoire.*

M. Régis. — L'observation de M. Vallon n'est pas une observation de pseudo-paralysie générale saturnine. La vraie paralysie générale est progressive et ne présente que des rémissions simples, tandis que dans la pseudo-paralysie générale saturnine, on a affaire à une véritable régression. M. Vallon a dit que ces pseudo-paralytiques ne sont que rémittents et que les malades ne sont pas suivis assez longtemps ; or un de mes malades a été observé pendant huit ans.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL ET DU TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE L'IDIOTIE.

M. Bourneville. — Vers le mois de mai 1890, notre ami, M. le Dr P. Poirier, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, vint m'entretenir des premiers essais du *traitement chirurgical de l'idiotie*, faits par M. le professeur Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Comme il trouvait que j'accueillais sa communication sans enthousiasme, je lui répondis ceci : « Si votre discours me laisse un peu froid, c'est que je réfléchis à *l'état des crânes* des enfants dont j'ai fait l'autopsie ; qu'ils ne me semblent pas offrir d'ossification prématurée ; c'est que je pense surtout à *l'état des cerveaux* recouverts par ces crânes, aux lésions si diverses et parfois si profondes qu'ils présentent. Et, en face de ces représentations, je me demande ce que peut faire, pour la guérison, une ouverture pratiquée sur la calotte crânienne, ouverture dont les bords seront toujours inextensibles et qui nécessairement se fermera d'autant plus vite que les enfants seront plus jeunes. » Et je conclus en lui disant : « Je n'ai jamais été opposé, vous le savez, aux innovations ; je pense qu'avant de rejeter même celles qui choquent par leur singularité, leur imprévu et heurtent plus ou moins brutalement les opinions reçues, il convient de les examiner, de peser les faits sur lesquels elles s'appuient. Mais, puisque le nouveau traitement invoque en sa faveur des caractères anatomiques du crâne particuliers aux idiots, dont les sutures seraient ossifiées prématurément, venez voir les crânes et les cerveaux correspondants que j'ai conservés dans mon musée de Bicêtre. Nous les examinerons ensemble ; puis, s'il y a lieu, nous choisirons ensemble les enfants qui seront dans les conditions voulues pour profiter du traitement chirurgical qui vous paraît offrir des avantages considérables. »

Quelques jours après cette conversation, M. P. Poirier vint à Bicêtre. Il jeta un coup d'œil sur une partie des trois cents crânes ou des calottes crâniennes que possédait alors le musée ; sur les

atlas photographiques des cerveaux et sur les cerveaux eux-mêmes. Cette visite lui démontra que si la trépanation ou la *crâniectomie* peut être utile dans certaines circonstances, lorsque les troubles intellectuels sont susceptibles d'être rattachés à un traumatisme de la tête, à un abcès ou à une tumeur du cerveau, elle est contre-indiquée dans l'immense majorité des cas.

I. — Le *traitement chirurgical* de l'idiotie ou la *crâniectomie* a été préconisé par M. le professeur Lannelongue. Sa première opération a été faite le 9 mai 1890 sur une petite fille de quatre ans. Si l'on en croit M. le Dr Lane l'opération n'était pas nouvelle. Il l'aurait, en effet, pratiquée lui-même le 22 août 1888 sur un enfant âgé de neuf mois, présentant les signes de l' « imbécillité mentale. » L'enfant succomba quatorze heures après l'opération (1). Toutefois la priorité de l'opération, sous le rapport de la publicité, appartiendrait sans conteste à M. Lannelongue qui, deux ans avant M. Lane, a fait connaître ses premiers résultats dans une note communiquée le 30 juin 1890 à l'Académie des sciences (2), si, dès 1878, le docteur Fuller (de Montréal) n'avait pas eu l'idée d'enlever par le trépan les morceaux du crâne chez un enfant idiot âgé de deux ans. Son but, en pratiquant cette opération était le même que celui poursuivi par M. Lannelongue : il voulait faciliter l'expansion du cerveau et par suite le développement des facultés intellectuelles (3).

Suivant M. Lannelongue, il existe trois théories pour expliquer la *microcéphalie* — mot générique par lequel il désigne les formes multiples de l'*idiotie :* 1° ossification prématurée des sutures (Virchow) ; — 2° cerveau normal mais réduit (Vogt) ; — 3° altérations fœtales (4), lésions pathologiques (Bourneville, Hill, Hutchinson). Par son opération, M. Lannelongue, voulait « donner un nouvel essor au cerveau en affaiblissant la résistance

(1) *The med. Journal*, 9 janvier 1892 et *Archives de neurologie*, t. XXIV, p. 381.

(2) *De la crâniectomie dans la microcéphalie* (*Comptes-rendus*, p. 1382).

(3) Voir *Progrès médical*, 1878, p. 929. — La réclamation de M. Guéniot à l'Académie des sciences, n'est donc qu'en partie justifiée, puisque, avant lui, le docteur Fuller a eu l'idée de la crâniectomie.

(4) Produisant un arrêt de développement.

du crâne. » Tout d'abord, l'*opération* consistait en une incision à deux travers de doigt de la ligne médiane, neuf centimètres sur six millimètres ; puis, M. Lannelongue a modifié la forme et les dimensions de la brèche osseuse.

En présentant à l'Institut la note du savant chirurgien de l'hôpital Trousseau, M. Verneuil s'est exprimé ainsi : « J'appelle, dit-il, l'attention de l'Académie sur une opération *absolument nouvelle* qui fait le plus grand honneur au chirurgien distingué qui l'a imaginée, exécutée et menée à bonne fin. Il ne s'agit point ici, en effet, d'une tentative empirique faite au hasard, ni d'une sorte de vivisection humaine comme on en exécute trop souvent de nos jours. La résection partielle des os de la voûte du crâne, opposée à la microcéphalie est une conception tout à fait rationnelle, *inspirée par l'anatomie et la physiologie pathologiques*, et qui a donné déjà, conformément à l'*à priori* théorique, un résultat fort remarquable. »

Vous verrez tout à l'heure, Messieurs, si les crânes que nous allons faire passer sous vos yeux corroborent l'opinion très optimiste de M. le professeur Verneuil.

Peu après, M. Lannelongue a publié une note plus étendue dans laquelle il maintient son opinion première sur « l'ossification prématurée des sutures chez les microcéphales. » Les lésions décrites, hydrocéphalie, sclérose, etc., « coïncident, écrit-il, avec la *synostose prématurée.* » Au point de vue opératoire, il distingue la *crâniectomie linéaire* et la *crâniectomie à lambeaux.* Dans les deux cas, il fait « une brèche plus ou moins longue et large de 8 à 10 millimètres (1). »

Enfin, M. Lannelongue a fait sous le même titre que la note précédente une communication au *Congrès français de chirurgie* (31 mars 1891, p. 73). Cette communication se termine par le résumé suivant :

« Les résultats opératoires ont été les suivants, vingt-cinq opérations, vingt-quatre guérisons ; la moyenne des guérisons opératoires a été de 10 jours. Une seule mort au bout de 48 heures..... Sur les 24 guérisons,

(1) *De la crâniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques* (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, p. 89).

il y a eu 3 suppurations minimes qui ont guéri, deux en quelques jours, la troisième a suppuré trois semaines; dans aucun cas il n'y a eu de nécrose. Le plus jeune de mes opérés a été un garçon de 8 mois et le plus âgé avait 12 ans 1/2. J'ai opéré 13 garçons et 12 filles.

« Parlerais-je maintenant des résultats définitifs ? Cela devrait être, car s'il est encourageant de n'avoir à enregistrer pour ainsi dire que des succès opératoires, on ne doit pas oublier qu'on vise un tout autre but. Ce but on peut le déterminer dans cette formule : Faire rentrer dans la vie commune des sujets voués à l'existence la plus misérable, tant au point de vue intellectuel et moral qu'au point de vue physique. Mais à qui pourrait venir la pensée que ces déshérités de toutes les manières seront régénérés et transformés subitement ?

« Mes opérés sont suivis avec toute la sollicitude que je puis y mettre et je possède déjà des documents qui me permettent de dire que le plus grand nombre d'entre eux sont manifestement améliorés. Mais comme beaucoup de ces opérations sont encore récentes, je me borne aujourd'hui à en informer mes confrères en attendant que je puisse livrer intégralement à la publicité les résultats obtenus. »

Près de 18 mois se sont écoulés depuis les premières opérations, il serait donc très intéressant de connaître exactement la situation actuelle des opérés. Un tableau détaillé des âges, des particularités du cas, de la date des opérations, du traitement consécutif, etc., ne manquerait pas non plus d'intérêt.

II. — Nombreux sont les chirurgiens qui depuis la première publication de M. Lannelongue ont pratiqué la crâniectomie sur des idiots. Nous avons résumé dans ce tableau, sinon tous les cas, au moins le plus grand nombre.

N°s	NOMS DES OPÉRATEURS	SEXE G.	SEXE F.	AGE	DIAGNOSTIC	DATE DE L'OPÉRATION	RÉSULTAT	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
1	Fuller (de Montréal).	G	»	2 ans.	Idiotie.	1878.	Paralysie transitoire du bras. Amélioration.	*Progrès médical*, 1878, p. 929, et *Presse médicale belge.*
26	Lannelongue.	13	12	»	Idiotie : microcéphalie.	1890-1891.	1 mort, les autres amél. (?)	*Cong. français de chirurgie*, 1891, p. 80.
	Auger (Th.).	»	F	8 ans.	Idiotie.	11 février 1891.	Amélioration légère.	*Cong. français de chirurgie*, 1891, p. 81.
	Bauer.		jeune fem.		Microcéphalie.	2 crâniectomies. Pas de date.	Guérison opératoire.	*Clinique des médecins et chirurgiens de St-Louis*, avril et mai 1892.
	Bilhaut.	G		4 ans.	Idiotie.	11 mai 1892.	Amélioration.	*Annales d'orthopédie*, 1892, p. 177.
30	Binnie (J.-F.)	G	»	20 mois.	Microcéphalie.	1892.	Mort.	*Kansas city medical index*, 1892 XIII. p. 125.
	Cerné.	G	»	3 a. 3 m.	Idiotie.	19 juin 1890.	Amélioration.	*Normandie médicale*, 1891, p. 401.
	Chénieux.		F	4 a. 2 m.	Idiotie.	7 octobre 1891. 22 janvier 1892.	Amélioration légère.	*Cong. français de chirurg^e*, 1892, p. 339.
	Chénieux.	G		11 a 8 m.	Idiotie; microcéphalie ;	octobre 1891.	Amélioration (1).	*Cong. français de chirurg^e*, 1892, p. 339.
	Clayton-Pavklull.	G	»	4 ans.	Microcéphalie.	9 octobre 1891.	Amélioration.	*The med. News*, 1892, 27 février, p. 236.
35	Estor.	»	F	11 a. 1/2.	Idiotie.	10 octobre 1890.	Guér. opérat^e. Pas d'amél.	*Montpellier médical*, 4 juin 1892, p. 446.
	Gerster et Sachs.	»	F	4 a. 1/2.	Idiotie.	16 janvier 1891.	Morte 3 h. 1/2 après l'opér.	*Amer, journal of med. science*, 1891.
	Heurtaux.	»	F	6 mois.	Idiotie. (?)	1er février 1891.	Mort.	*Cong. français de chirurgie*, 1891, p. 91.
	Horsley.	G	»	3 ans.	Microcéphalie.	1891.	Amélioration.	*British med. journal*, 12 sep. 91, p. 579.
	Horsley.	G	»	7 ans.	Idiotie.	1891.	Mort.	
40	Keen.	»	F	4 a. 7 m	Microcéphalie.	1re crâniect., 1890. 2e crâniect., 17 fév. 91.	Guérison opérat^re. Amélioration.	*Med. News*, 29 Nov. 1890, p. 557.
	Keen.	»	F	1 an (?)	Idiotie.	1re crâniect., 3 déc. 90. 2e crâniect., 2 mars 91.	Amélior. peu prononcée; guérison opératoire.	*Americ. journ. méd. scienc. of the*, juin 1892, p.
	Keen.	G	»	16 mois.	Idiotie, crises, convul.	16 janvier 1891.	Mort 3 h. 1/2 après l'opér.	*Ibid.*
	Lane.		F	9 mois.	Idiotie.	28 août 1888.	Mort 14 h. après l'opérat.	*The médical journal of the American med. Association*, janv. 1892, p. 49.
	Lane.	G			Imbécillité, microcéphal.	1891.	Amélioration.	
45	Larabie (de Nantes).		F		Idiotie et crises convulsiv.		Mort au 5e jour.	
	Largeau.	G		4 ans.	Idiotie.	2 juillet 1891.	Amélioration légère.	*Cong. français de chirurgie*, 1892, p. 337
	Louis.							
	Mac Clinto.	»	F	3 a. 8 a.	Idiotie.	28 mars 1891.	Amélioration.	*Journal of nervons, and mental disease*, oct. 1891, p. 645.
	Maunoury.		F	4 ans.	Microcéphalie.	20 octobre 1890.	Pas d'amélioration.	*Cong. français de chirurg^e*, 1891, p. 90.
50	Maunoury.	G		1 an.	Microcéphalie.	2 mars 1891.	Mort 20 h. après l'opérat.	
	Morrisson.	G		2 a. 5 m.	Idiotie.	17 avril 1891.	Amélioration.	*New-York med. Record*, 18 juil. 91, p. 63.
	Moulonguet.	G			Idiotie.	juillet 1892.	Pas d'indication.	*Société médicale d'Amiens*, 3 août 1892.
	Petel (de Rouen).		F	17 ans.	Idiotie.	15 mars 1891.	Pas d'amélioration.	Voir plus loin *observation I.*
	Piéchaud-Pons.		F	13 ans.	Idiotie.	?	Amélioration peu sensible.	*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet et août 1892, p. 356.
55	Piéchaud-Régis.		F	4 a. 1/2.	Idiotie.	février 1892.	Même état.	*Ibid.*
	Prengrueber.	G		9 ans.	Idiotie et microcéphalie.	décembre 1891 (?).	Amélioration.	*Bulletin médical*, 1892, 27 janv. p. 81.
	Ransohoff.		F	3 a. 7 m.	Idiotie.	9 février 1891.	Amélioration légère.	*The med. News*, 13 juin 1891. p. 653.
	Schalders-Miller.	G		8 mois.	Microcéph. et névrite opt^e.	21 mars 1892.	Amélioration.	*British med. journal*, 23 juil. 92, p. 176.
	Trimble.			3 ans.	Idiotie.	8 novembre 1890.	Quelques améliorations.	*The med. News*, 3 janvier 1891.
60	Tuholske.	G		?	Idiotie.	7 octobre 1891.	Guérison opératoire.	*Weekly med. Reviey*, 21 nov. 91, p. 421.
	Villard.			5 ans.	Imbécil. ment. et athelose		Mort le 3e jour.	*University med. Magazine*, oct. 91, p. 26.
63	Wieth.	G		1 an.	Idiotie.	7 janvier 1891.	Amélioration.	*Med. Record. N.-Y.* 21 févr. 1891, p. 233.

(1) Cet enfant a été crâniectomisé une première fois par M. Lannelongue, en décembre 1890.

Malgré le soin que nous avons mis à dresser ce tableau il est assurément imparfait et présente des lacunes; trop souvent les observations sont incomplètes, manquent de détails et ont été publiées quelques jours après l'opération, c'est-à-dire avant qu'on ait pu se rendre un compte exact des résultats que les opérateurs en pouvaient attendre.

III. — Bien des fois nous avons eu l'occasion de publier dans les *Comptes-rendus annuels* de notre service, de 1880 à ce jour, des descriptions des crânes de nos malades décédés, ainsi que dans la communication faite au *Congrès international de médecine mentale* de 1889, à la session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* de la même année et au *Congrès des Aliénistes* de Rouen en 1890. Nous avons insisté plus particulièrement encore sur ce point dans les *Comptes-rendus* du service de 1890 et 1891. Enfin, il y a quelques jours, l'un de nos élèves M. Tacquet, sur notre conseil, a pris pour sujet de sa thèse : *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*. Elle contient la description de 29 crânes appartenant à presque toutes les formes de l'idiotie (1) : il ressort de ce travail que, chez ces malades, *les sutures du crâne ne sont pas ossifiées prématurément.*

Afin de vous mettre, Messieurs, en mesure de vous faire vous-mêmes une opinion précise sur la question de la *synostose prématurée des sutures du crâne chez les idiots* sur laquelle on s'appuie pour pratiquer la crâniectomie, nous allons vous montrer les *calottes crâniennes* de 12 idiots, appartenant à des catégories très diverses ; nous vous donnerons d'abord l'histoire détaillée d'une jeune idiote, crâniectomisée par M. le D[r] Petel, de Rouen, dont voici le crâne (Fig. 1) ; puis pour les onze autres nous nous bornerons à un *résumé sommaire de leur histoire.* Avec les *crânes*, nous vous ferons passer les *photographies* du *cerveau* correspondant.

(1) Voir aussi nos remarques sur le *Traitement de l'hydrocéphalie* dans le n° 70 des *Archives de neurologie*, p. 130.

OBSERVATION I. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE ; CRANIECTOMIE.

Blai.., Maria, née à la Ferté Saint-Samson, le 8 juin 1874, entrée à la Fondation Vallée le 1er juin 1891, est décédée le 5 novembre 1891.

Sommaire. — Père migraineux, rhumatisant, graveleux. Grand-père paternel, nombreux excès de tout genre; plusieurs attaques apoplectiques; hémiplégique. Demi-oncle paternel mort phtisique. Mère, nerveuse. Grand'mère maternelle asthmatique. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 8 ans. Enfant petite à la naissance. Déglutition pénible, bave; retard des premières manifestations intellectuelles. Préhension difficile, gâtisme. Mémoire des personnes. Sentiments affectifs conservés. Grimpeuse. Accès de colère. Crâniectomie en mars 1891 : pas de modification de l'état intellectuel. Pelade à l'entrée. Tuberculisation pulmonaire et péritonéale ; mort.

Autopsie. — Absence de synostose des sutures du crâne. Description de la brèche osseuse. Lésions de méningo-encéphalite, etc.

Antécédents. — *Juillet.* — *Père,* 48 ans, voyageur de commerce. Pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde, migraineux, assez nerveux, a eu à 36 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui ne s'est pas reproduit depuis. Il y a quatre mois, attaques de coliques néphrétiques ayant duré 4 jours ; hématurie assez abondante. Pas d'alcoolisme ; il n'en présente d'ailleurs pas de signes; avoue pourtant quelques excès avant son mariage. Ni blennorrhagie, ni syphilis. Santé habituelle bonne. — [*Père* mort à 57 ans à la suite de plusieurs *attaques d'apoplexie;* il était *paralysé* de tout un côté (?). Pas rhumatisant ni nerveux. « C'était un homme qui avait beaucoup vécu » ; il avait dû faire des excès de tout genre dans sa jeunesse. — *Mère,* 76 ans, bien portante, non nerveuse, opérée avec succès de cataracte double. — *Grands parents paternels* tout à faits inconnus. — *Grand-père maternel* mort vers 80 ans ; était d'une très bonne santé habituelle. — *Grand'mère maternelle* morte à 86 ans. — Deux *oncles paternels* morts tous deux entre 50 à 60 ans, on ne sait de quoi. Ils n'étaient pas nerveux. L'un avait 6 enfants qui n'auraient présenté rien de particulier. — Une *tante paternelle,* morte à 60 ans, n'aurait pas eu de maladie nerveuse. — 10 oncles et tantes maternels, 5 sont morts de cause inconnue ; les autres, vivants, sont bien portants ainsi que leurs enfants. — Deux *frères* du premier lit (son père s'est marié trois fois), un est mort de la poitrine, 4 ans après

son mariage avec une femme phtisique. (Il faut noter que sa mère était morte de la poitrine) ; il a laissé une fille bien portante. Un autre *frère*, 50 ans, pas nerveux, intelligent, a eu 8 ou 10 enfants en bonne santé. — Deux *sœurs* du premier lit également, une des deux est morte sans avoir eu d'antécédents nerveux. L'autre sœur est bien portante sans enfants ; une sœur du même lit que le père, un peu nerveuse, sans crises, est intelligente. — Dans sa famille le père n'a jamais entendu parler d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralysés ; pas de difformes d'aucune espèce, pas de suicidés, de débauchés, de criminels.]

Mère, 40 ans, forte, bien portante. Pas de convulsions, pas de scrofules, de rhumatismes, etc..., assez nerveuse, très émotive, mais sans crises. — [*Père*, 60 ans, n'a jamais eu aucune maladie nerveuse. — *Mère*, 56 ans, asthmatique, non nerveuse, intelligente. — *Grand-père paternel*, mort à 86 ans de vieillesse, était assez vif, emporté. Pas de troubles mentaux. — *Grand'mère maternelle* morte vers 40 ans d'une maladie épidémique (?); aucun détail sur elle. — Les *grands parents maternels* sont morts tous deux très âgés à 80 ans passés, n'ayant jamais été malades. — Trois *oncles paternels*, une *tante paternelle* et une *tante maternelle* d'une excellente santé.] — Pas de consanguinité ; différence d'âge de 3 ans.

4 *enfants :* 1° Un garçon, 23 ans, pas de convulsions, n'a jamais été malade, sobre ; 2° fille, 15 ans, pas de chorée, pas de convulsions, etc... ; 3° notre malade ; 4° garçon, 3 ans ; pas de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier au moment de la *conception* (les parents étaient tous deux très bien portants), ni pendant la *grossesse*, sauf que les affaires du père ne marchaient pas très bien et qu'il y avait passablement de soucis de ce côté ; ni coups, ni chûtes, ni émotions d'aucune sorte, ni syncopes, ni alcoolisme. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. Pas d'asphyxie à la naissance. L'enfant, bien constituée mais plus petite que la moyenne des enfants, a été élevée au biberon, en nourrice, avec du lait de vache. A partir de 3 mois on lui a donné en outre de la farine lactée. Sevrage vers 15 mois. *Dès le début on a remarqué qu'elle n'avalait pas facilement, qu'elle bavait.* On ne sait à quelle époque elle a eu sa première dent, ni sa dentition complète. Le père ne se rappelle pas à quel âge elle a commencé à dire quelques mots et à se tenir sur ses jambes ; il sait seulement que, sous ce rapport, elle a toujours été *très en retard.* Elle n'aurait jamais eu de convulsions. Le père ignore si elle a eu des maladies infectieuses. Les renseignements qu'il nous donne sur les antécédents personnels de son enfant sont d'ailleurs très peu précis ; elle est restée chez sa nourrice sèche presque jusqu'au moment où on l'a opérée, et son père n'allait la voir qu'à des intervalles assez éloignés. Il prétend qu'elle comprend à peu près tout ce qu'on lui dit, mais répond mal, souvent d'une façon incohérente ; elle aurait pourtant un nombre assez considérable de mots à sa disposition. On n'a jamais rien pu lui apprendre. Elle ne s'habille pas seule, gâte,

mange salement avec ses mains. Elle boit beaucoup surtout en mangeant, elle paraît toujours avoir une certaine difficulté à avaler. Elle a une bonne mémoire, reconnaît bien et longtemps après les personnes et les choses. Pas de mauvais instincts, ni gourmande, ni voleuse, etc... Pas d'onanisme.

Le père ne sait si elle grince des dents, si elle a des secousses brusques, des étourdissements ou des cauchemars. Rien de particulier du côté de l'appareil respiratoire.

Les *sentiments affectifs* seraient assez développés, elle reconnaît bien ses parents et paraît contente de les voir ; elle est assez coléreuse, se fâche quand on veut lui faire faire une chose dont elle n'a pas envie, donne des coups de pied et de poing. Elle n'a pas eu d'accidents scrofuleux, pas d'engelures, etc.

Le père ne sait à quoi attribuer la maladie. Ayant lu dans un journal le récit des opérations de M. Lannelongue, il demanda à M. le Dr Petel, de Rouen, son avis. Celui-ci lui dit que l'enfant n'ayant rien à perdre à l'opération elle lui paraissait indiquée. La crâniectomie a eu lieu le 15 mars. Depuis, le père n'a constaté aucune modification dans l'état de l'enfant.

Avant l'opération, l'enfant ne présentait que peu de spontanéité dans ses actes ; elle passait son temps ainsi, jouant avec les objets qu'elle avait sous la main, des bouts de papier, d'étoffe ou de ficelle, ou bien elle courait de côté et d'autre, *grimpait* comme un chat sur les meubles. Jamais on n'avait pu l'habituer à une occupation suivie, ni au travail. Si on la laissait sortir dans la rue, elle se traînait dans la boue, faisait ses ordures, sans paraître avoir aucune notion de ce qu'elle faisait. Elle bavait constamment, se fourrait fréquemment les doigts dans la bouche et cela quelquefois pendant fort longtemps. Ses paroles spontanées étaient le plus souvent incohérentes, elle demandait à manger, « à faire dodo » sans avoir ni faim, ni sommeil. Elle mange avec appétit, salement, avec ses doigts, pas de salacité d'après le père, son goût est peu développé, elle mangeait de tout indifféremment, pourtant elle paraît avoir certaines préférences, aime beaucoup la soupe, les choses salées et peu les mets sucrés ; son haleine a toujours senti très mauvais. Il ne lui est jamais arrivé d'accidents d'aucune sorte, mais elle nécessitait une surveillance de tous les instants. Elle a pourtant le sentiment du danger : tombée un jour auprès d'une mare chez sa nourrice, elle poussait des cris épouvantables, craignant de tomber à l'eau. Elle ne s'approche jamais du feu assez pour se faire du mal ou pour qu'on puisse craindre qu'elle tombe dans le foyer. La nourrice chez qui elle était avant l'opération l'a vue depuis ; elle n'a pas trouvé grand changement dans l'état de l'enfant. L'enfant ne parle pas mieux maintenant qu'avant l'opération. Ses idées ne paraissent pas plus claires ; elle n'est pas plus susceptible d'éducation. Le père dit que, à l'hôpital de Rouen, la sœur ne s'occupait pas mal de l'enfant, essayait de lui apprendre différentes petites choses,

à bien tenir sa fourchette et sa cuiller, par exemple. Elle tâchait de lui apprendre à prononcer correctement ; ainsi l'enfant disait avant « bi » au lieu de « oui ». La sœur était arrivée à lui faire prononcer ce mot.

Bl... avait de la mémoire, connaissait bien les gens du pays par leur nom qu'elle prononçait toujours très mal ; elle se rappelait quelquefois des évènements survenus 3 ou 4 mois auparavant, elle le rappelait par un mot, un geste. Disons que tous ces renseignements sont bien vagues ; le père n'a pas l'air d'y attacher une grande importance, et tous les petits détails que nous lui demandons n'ont jamais beaucoup attiré son attention. En terminant, il exprime le désir que si son enfant meurt, nous pratiquions son autopsie et lui en fassions connaître les résultats.

1891 3 *juin.* — L'enfant nous est arrivée la tête enveloppée dans un pansement. On constate qu'elle présente une cicatrice récente, demi-circulaire, à concavité tournée à droite et à extrémités aboutissant l'une au niveau du bregma, l'autre au niveau de la fontanelle postérieure. La cicatrice étant complètement fermée, on supprime le pansement. — *Traitement :* douches, bains salés, sirop d'iodure de fer.

Etat actuel (5 *juin* 1891). — Au premier examen, ce qui frappe le plus dans l'aspect extérieur de l'enfant, c'est le contraste entre le petit volume de sa tête et sa taille élevée. La tête est à peu près du volume de celle d'un enfant de 7 ou 8 ans. Le crâne est proportionnellement beaucoup plus développé que la face. La physionomie exprime constamment un air grognon et inintelligent. L'enfant porte sans cesse la main à sa tête en poussant des gémissements et des plaintes inintelligibles ; ou bien avec ses mains, saisit les objets environnants, les vêtements des personnes qui l'entourent et on ne la fait lâcher qu'avec la plus grande difficulté. Elle *marche* les bras demi-fléchis et en avant, le tronc incliné, les jambes écartées, lançant les membres inférieurs en avant et posant lourdement le pied à terre.

Elle semble par instants comprendre ce qu'on lui dit, mais il est difficile d'apprécier jusqu'où va son faible degré d'intelligence. Elle prononce quelques mots, dit : « Papa, maman, dormir, oui ou non » mais son vocabulaire n'est guère plus étendu, contrairement aux dires de son père.

Crâne très petit, peu élevé. Bosse occipitale assez saillante. Régions pariétales peu proéminentes. Au niveau de la cicatrice cutanée dont il a été question plus haut, cicatrice qui est déprimée en gouttière, on sent une *dépression analogue de la voûte osseuse* formant un sillon assez marqué, la lèvre interne de ce sillon proéminant plus que la lèvre externe. Les *sutures* et les *fontanelles* sont fermées et ne sont plus perceptibles. — *Cuir chevelu* épais, présentant une desquamation épithéliale abondante et en plusieurs points des plaques ressemblant à des plaques de *pelade.* On remarque surtout ces plaques sur la moitié droite du cuir chevelu. Dans la région où se trouve la cicatrice et dans le voisi-

nage, les cheveux, rasés, commencent à reparaître. Les plaques dénudées ne sont pas absolument glabres, elles sont parsemées de quelques cheveux très rares. Les cheveux, ailleurs disposés par mèches, sont courts, rudes, d'une coloration châtain très foncée. Ils bouclent sur le front et sur la nuque.

Front très bas, étroit, fuyant. Pas de proéminence des bosses frontales. Arcades orbitaires assez saillantes. Sourcils bien accusés, mais minces, formés de poils foncés et courts. — *Yeux* petits, très écartés. Fentes palpébrales assez grandes. Paupières supérieures bien mobiles et également tombantes. Cils courts, assez rares, gris et arqués. Musculature de l'œil saine : pas de paralysie, pas de strabisme, pas de nystagmus. Conjonctive et cornée saines. Sensibilité normale. Iris large, brun verdâtre, pupilles égales réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Nez droit, assez court, épais. Légère asymétrie au profit du côté gauche. Narines écartées, sous-cloisons un peu saillantes, cloison non déviée. L'odorat paraît présenter un certain développement. — *Bouche* très largement fendue, transversale, symétrique, habituellement entr'ouverte. Lèvre supérieure à bord libre épais. Lèvre inférieure épaisse et pendante. Bave continuelle et abondante. — Arcades dentaires très-larges, dents grandes, assez régulièrement implantées. Voûte palatine offrant une prédominance notable du diamètre antéro-postérieur. Voile et piliers symétriques et bien mobiles. Chevauchement des incisives verticales sur les incisives transversales. Langue large et longue, étalée.

Menton arrondi, assez large, sillon mento-labial assez marqué. Joues peu remplies, peu colorées. — *Oreilles* de dimensions moyennes, peu écartées ; tragus très large et peu saillant ; antitragus peu marqué. Hélix et anthélix seulement ébauchés. Orifice du conduit auditif extrêmement large, pas d'otorrhée. Lobules complètement adhérents. Ouïe paraissant normale.

Mensurations de la tête.	*Juin* 1891.
Circonférence horizontale maxima.	45
1/2 circonférence bi-auriculaire	28
Distance de l'art^on occipito-altoïdienne à la racine du nez.	28,5
Diamètre antéro-postérieur maximum.	15
Id. bi-auriculaire	10
Id. bi-pariétal.	12,5
Hauteur médiane du front.	4

Cou long et mince ; circonférence à sa partie moyenne : 27 ^{cm}. Pas de cicatrices, pas d'adénites cervicales ; corps thyroïde très peu volumineux. Pas de lésions du rachis cervical. *Thorax* assez développé, de conformation normale. Pannicule adipeux assez épais, muscles peu saillants, peau rude au toucher, duvet assez abondant entre les omo-

plates, quelques poils châtain-foncé assez longs sous les aisselles ; glandes mammaires assez développées, auréoles de la largeur d'une piéce de 1 fr., assez pigmentées. Mamelon bien conformé et saillant. Creux sus et sous-claviculaires peu marqués. Courbure des côtes naturelle. Pas de chapelet chondro-costal, ni de déformation du sternum. Rachis régulier. A l'auscultation des sommets des poumons, murmure vésiculaire normal. Pointe du *cœur* battant dans le 4e espace, sur la ligne mamelonnaire.

Abdomen peu proéminent. Ombilic déprimé. Matité hépatique étendue, à limite inférieure correspondant au rebord costal. Matité splénique non perceptible. Bassin étroit, non dévié.

Organes génitaux et puberté. Pénil saillant recouvert de poils rares assez longs et sur la partie médiane et inférieure du pénil. Quelques poils formant une traînée sur le bord externe des grandes lèvres et au pourtour de l'anus. Grandes lèvres plus saillantes. Petites lèvres très grandes. Capuchon peu marqué, clitoris assez volumineux ; orifice de l'hymen assez grand, non déchiqueté. Les seins ont 7 cent. et demi de diamètre.

Membres supérieurs grêles. Peau saine, sans cicatrice, quelques poils sur la face dorsale des avant-bras. Ossature et articulations saines. Mains grandes, maigres, doigts effilés, ongles longs, un peu bombés. — *Membres inférieurs* également peu développés. La peau présente quelques boutons d'acné. Poils sur la face antérieure et antéro-externe de la jambe. Réflexes rotuliens normaux. Pieds grands, incurvés, courbure de la voûte plantaire, normale. Pas de lésions des os, ni des articulations. Orteils ne chevauchant pas. Ongles très grands, bombés transversalement.

Sensibilité. — Elle paraît assez obtuse dans les différents points de la surface cutanée, mais il n'y a nulle part d'anesthésie proprement dite.

Août-novembre. — L'enfant est prise de *tuberculose pulmonaire et intestinale*, dont nous ne donnons pas la description afin de ne point trop allonger cette observation et meure le 5 novembre.

AUTOPSIE *faite le* 6 *novembre* 1891, 24 heures après décès. — *Aspect du corps.* — Pas de cicatrice, pas de déformation apparente sauf une légère déviation de la colonne vertébrale à droite dans la région lombaire ; la paroi abdominale est distendue, verdâtre.

Tête. — Après l'incision du *cuir chevelu*, on note une dépression très accentuée au niveau des fosses temporales ; le *crâne* est légèrement asymétrique ; le côté gauche est plus développé au niveau de la région occipitale que le côté droit ; la protubérance occipitale semble reportée à droite de la ligne médiane, l'épaisseur des parois crâniennes varie de 2 à 4 millimètres ; aucune trace de fontanelles. *Au niveau du pariétal gauche* se trouve une *perte de substance* à direction antéro-postérieure, parallèle à la suture interpariétale et à 22m/m de celle-ci ; sa longueur

est de 65m/m, sa largeur moyenne de 12m/m ; ses bords émoussés offrent un aspect polycyclique montrant qu'elle résulte de l'application d'une série de couronnes de trépan (Fig. 1). Elle empiète un peu en avant, sur



Fig. 1.

la suture fronto- pariétale. La *dure-mère* ne présente pas d'adhérences avec le crâne même au niveau de la perte de substance. La base du crâne n'offre aucune altération. Sur la dure-mère, au niveau de la perte

de substance se trouve une sorte de *fausse membrane* rosée, faisant une saillie de 1m/m, de consistance ferme, ayant comme dimension celle de la perte de substance déjà décrite.

Encéphale			770 gr.
Hémisphère cérébr. droit.	350		
Id. gauche. . . .	355		
Cerveau	705	705	
Cervelet et isthme		66	
		771	

Hémisphère cérébral droit. — On ne constate la présence d'aucun tubercule sur la *pie-mère.* Celle-ci n'est pas modifiée et présente son épaisseur normale. Elle est le siège d'*adhérences* assez marquées avec les circonvolutions de la face externe qui sont difficiles à décortiquer; en certains points on enlève de petits fragments de pulpe cérébrale. Tout l'hémisphère présente comme particularité générale son peu de développement. La disposition des *circonvolutions* dans leur ensemble est normale. On ne constate nulle part la présence de foyers de sclérose. Le lobe frontal est bien conformé ainsi que le lobule de l'insula.

Hémisphère cérébral gauche. — Sur cet hémisphère comme sur le droit, on remarque une congestion assez intense. Les veines sylviennes sont dilatées et gorgées de sang; il n'y a pas de pus au niveau des espaces sous-arachnoïdiens, ni aucune trace de tubercules. La configuration extérieure de cet hémisphère paraît assez régulière.

Le *cervelet* est normal, ainsi que la *moelle épinière* (30 gr.). Le liquide céphalo-rachidien est en quantité ordinaire.

Cou. — *Larynx* normal. *Corps thyroïde* (15 gr.) ; le lobe droit est d'un volume double du lobe gauche.

Thorax. — A l'ouverture du thorax qui est étroit, décharné, on constate une adhérence très grande des plèvres assez facilement rompue du côté gauche, plus complète du côté droit et allant presque jusqu'à la symphyse des plèvres. Directement derrière le sternum, à la place du *thymus qui a disparu,* on trouve un gros ganglion de la dimension d'une grosse noix, pesant 5 gr. et qui à l'incision laisse échapper une *matière tuberculeuse* déjà ramollie, sous forme de bouillie verdâtre. — *Poumon gauche* (375 gr.). Il crépite mal dans presque toute son étendue; à la palpation on sent des nodosités et à la coupe on le trouve farci de *granulations tuberculeuses* de la grosseur d'une lentille mais pas encore en voie de ramollissement. — *Poumon droit* (420 gr.), il ne crépite un peu qu'au niveau de sa languette antérieure. Le sommet est complètement induré. A la coupe, on constate que tout le sommet du poumon est infiltré de *granulations tuberculeuses* peu nombreuses; au niveau du hile de ce poumon, on trouve un ganglion semblable à celui que nous avons noté derrière le sternum.

Abdomen. — *Péritoine* très épaissi, recouvert de *granulations tuberculeuses.* Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes.....

Le crâne que vous avez entre les mains vous montre qu'il n'y a pas trace de synostose. Il vous permet de vous rendre compte de ce que peut faire une brèche osseuse, même étendue, au point de vue de l'expansion du cerveau. Enfin les photographies du cerveau, mettent en relief les lésions profondes pour le traitement desquelles vous pouvez juger de l'utilité de la crâniectomie.

OBSERVATION II. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE (HYDROCÉPHALIE) (1).

Ber..., Ch., 12 ans.

SOMMAIRE. — Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. Grand-père paternel alcoolique. Mère, convulsions à 2 ans. Premiers symptômes à 10 ans. Céphalalgie, vomissements, gâtisme. Paraplégie spasmodique. Atrophie double du nerf optique. Mort par fracture du crâne.

AUTOPSIE. — Sarcôme à petites cellules siégeant dans la cavité du 4e ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.

Crâne. — La *calotte crânienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue : les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure,* il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée. Les sutures sagittale, lambdoïde et fronto-pariétales ne sont pas soudées et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé.

Lors du premier examen de la tête on avait noté que les fontanelles et les sutures semblaient fermées ; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cette écartement des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument sérieux contre la *crâniectomie* (Fig. 2). C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur

(1) L'observation complète a paru dans notre *Compte-rendu* de 1890, page 41.

et même des rémissions dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu si prompte-

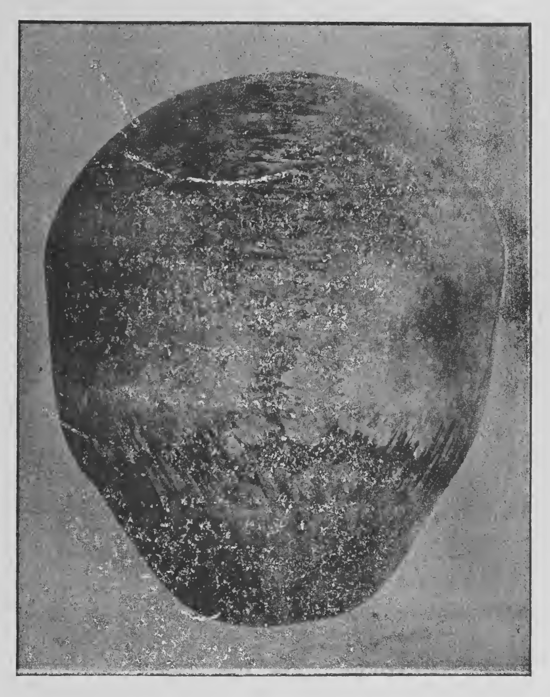


Fig. 2.

ment une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou trois millimètres d'épaisseur.

OBSERVATION III. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE.

Bourge..., Fernand-Auguste, 5 ans.

Sommaire. — Père mort tuberculeux. Grand-père paternel, excès de boisson. Grand'mère paternelle morte d'un cancer de l'utérus. Oncle paternel, excès de boisson. Tante paternelle, migraineuse. Deux cousins issus de germains, idiots. Mère sujette à des douleurs névralgiques, très nerveuse. Grand-père maternel, excès de boisson. Grand'-mère maternelle hystérique. Arrière grand-père maternel, excès de boisson, mort d'une attaque de paralysie. Grand-oncle maternel, excès de boisson. Grossesse mauvaise, envie insurmontable de dormir, chute. Asphyxie à la naissance. Premières convulsions à 14 mois. Refroidissement et cyanose de la moitié inférieure du corps. Jeûne. Pertes de connaissance à partir de 3 ans. Caractères complets de la cachexie pachydermique ; physionomie typique ; cheveux bruns roux ; persistance de la fontanelle antérieure ; gonflements lipomateux des joues, des creux sus-claviculaires, des aisselles ; peau cireuse, eczémateuse ; état pachydermique des pieds et des mains ; hernie ombilicale ; rachitisme ; absence de la glande thyroïde, etc. Congestion pulmonaire intense, mort en syncope.

Autopsie. — Absence complète de la glande thyroïde. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Aspect gélatiniforme des circonvolutions cérébrales.

Crâne. — Les os qui le composent sont très minces, translucides dans la plus grande partie de leur étendue. *Toutes les sutures persistent même la suture métopique.* La *fontanelle antérieure* est restée ouverte dans une longueur de 6 centimètres d'avant en arrière, et de 4 centimètres transversalement (Fig. 3). En arrière de cette partie membraneuse, il existe une portion osseuse transparente, mesurant d'avant en arrière 3 centimètres et se détachant de chaque côté de la partie correspondante de la suture inter-pariétale sous forme d'ailes. A chacune des extrémités du diamètre transversal de la fontanelle existe sur la suture fronto-pariétale un os wormien. — La suture métopique, très visible à l'extérieur dans toute sa hauteur, commence à se fermer à la face interne. Sur la suture inter-pariétale en arrière, dans ses 4 derniers centimètres, il existe 7 os wormiens répondant à la fontanelle postérieure. Entre ces os wormiens qui se retrouvent sur la face interne du crâne, existent des traînées translucides. — Sur les sutures pariéto-occipitales, des deux côtés, il y a une dizaine d'os wormiens à droite et une quinzaine à

gauche. — L'occipital semble séparé, au moins dans sa partie supérieure correspondant à la calotte par une sorte de suture qui continuerait la suture inter-pariétale.

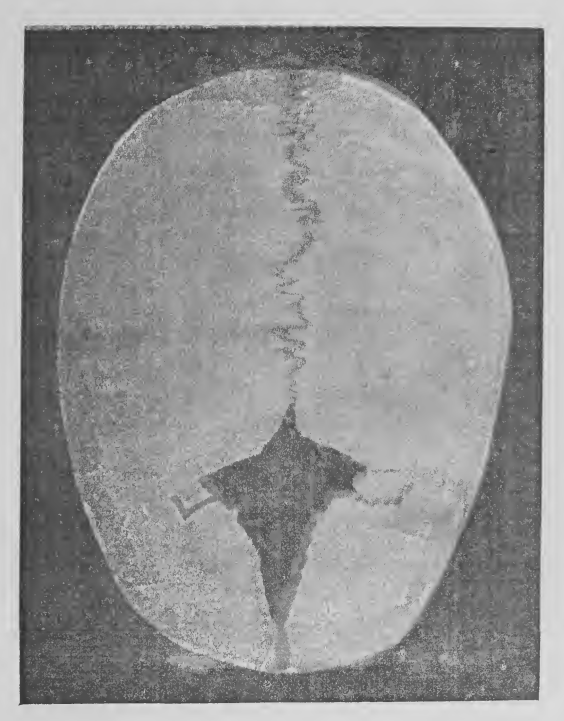


Fig. 3.

Disons, en passant, que la persistance de la fontanelle antérieure est la règle dans l'idiotie myxœdémateuse, même quand ils sont âgés de 20, 25, 30 ans, etc.

OBSERVATION IV. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE, RACHITISME, FIÈVRE TYPHOÏDE, MÉNINGITE.

Dufou..., Auguste-Ernest, 3 ans.

SOMMAIRE. — Absence complète d'antécédents héréditaires personnels. Idiotie complète. Amélioration. Fièvre typhoïde anormale. Méningite. Mort.

AUTOPSIE. — Distension des sutures, lésions méningitiques anciennes et récentes, lésions des plaques de Peyer.

Crâne peu dur, la coupe de la calotte est absolument rouge. Asymétrie manifeste, le côté droit est plus développé que le gauche, surtout au niveau de la bosse pariétale. Les os à la coupe, se montrent plus épais à gauche qu'à droite et en avant qu'en arrière. Ils sont excessivement spongieux, à texture finement aréolaire, offrent des lames de tissu compact interne et externe excessivement minces et à peine sensibles. A l'état frais, les *sutures* se présentent à l'extérieur sous la forme de *cordons rouges, saillants, sinueux* ayant environ 3 *à* 4 *millimètres de largeur*, ils sont plus marqués au niveau des sutures coronale et sagittale qu'au niveau des sutures occipito-pariétales. A la face interne, les sutures apparaissent comme une ligne rouge finement dentelée mais ne formant pas de saillie comme sur la face externe. Pas trace de synostose. A l'état sec, l'on constate que les sutures sont comme distendues et séparées par une substance qui s'est rétractée légèrement en se desséchant. La suture coronale offre des dentelures très fines et devient presque rectiligne au niveau de la ligne médiane. La suture sagittale présente aussi des dentelures très fines qui, à partir du sinciput deviennent plus considérables jusqu'au lambda. La suture lambdoïde offre à gauche 4 *os wormiens,* un central ayant environ la surface d'une pièce de 0,50 centimes; les deux autres sont plus petits, allongés, à grand axe perpendiculaire à la suture. A la partie externe de la suture, toujours du même côté, il y a 3 *autres petits os wormiens* de la dimension d'une lentille et paraissant de simples dentelures détachées. A droite, la suture lambdoïde offre deux petits os wormiens lenticulaires et un troisième plus volumineux (comme une pièce de 0,20 centimes). Sur le trajet de cette partie de la suture lambdoïde, on observe de petites fissures de la table externe des os, perpendiculaires à la suture elle-même. Les sutures, à la face interne du crâne, se montrent sous la forme d'une simple ligne sinueuse ; de nombreux pertuis vasculaires perforent la table interne des os, sur les bords de ces sutures et au point où siège la suture métopique qui n'a laissé aucune trace. Les

sillons des vaisseaux méningés moyens sont distinctement marqués sur les pariétaux (Fig. 4).

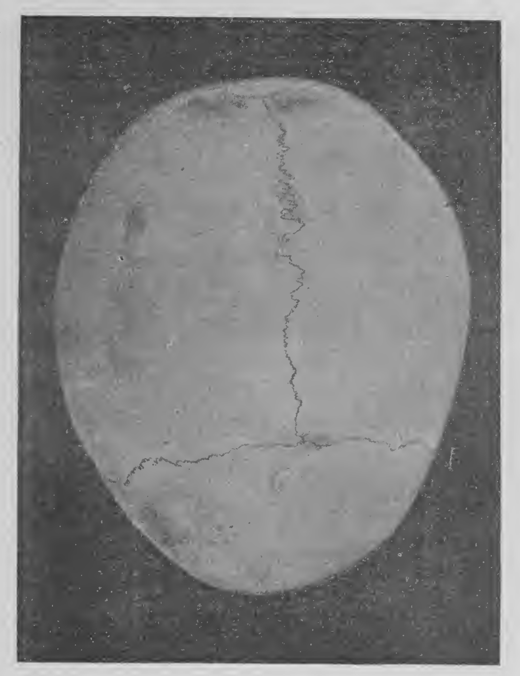


Fig. 4.

La calotte présente des *plaques transparentes* sur les pariétaux en arrière de la suture coronale, près de la ligne médiane. Ces plaques sont au nombre de deux à l'angle fronto-sagittal droit, tandis qu'on n'en observe qu'une dans la région symétrique à gauche. Elles ont environ deux centimètres de diamètre. On constate aussi des zones transparentes mais diffuses à la région postérieure des pariétaux surtout au niveau du lambda.

OBSERVATION V. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE ATROPHIQUE.

Louv..., Paul-Maurice, né le 7 juin 1882.

Sommaire. — Pas d'antécédents héréditaires, chute et syncope durant la grossesse. Asphyxie à la naissance. Convulsions au deuxième jour, revenues à diverses reprises jusqu'à un an. Hémiparésie à droite. Contracture. Broncho-pneumonie, mort.

Crâne.— Les os sont extrêmement minces (deux à quatre millimètres), tranparents environ dans les 2/3 de leur étendue ; la suture métopique est fermée, toutes les autres ne le sont pas, ni à la face interne, ni à la face externe ; pas d'os wormiens.

OBSERVATION VI. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

Marti..., Marcel, 2 ans, né à Paris, est envoyé des Enfants assistés à Bicêtre, le 6 mai 1892.

Sommaire. — Pas d'antécédents. Idiotie, cachexie, cécité. Leucome total adhérent des deux côtés. Parole et marche nulles. Entérite à deux reprises. Méningite avec cris et grincements de dents. Mort.

Autopsie. — Calotte extrêmement mince et molle. Adhérences de la dure-mère au niveau des sutures. Pas de traces d'ossification des sutures. Plaques très abondantes et étendues de méningite purulente. Méningite de la convexité et de la base. — Circonvolutions cérébrales et scissures assez irrégulières. — Rien de particulier dans les viscères.

Calotte violacée, extrêmement molle et mince, la plus légère traction suffirait pour la briser. Dans les efforts faits pour enlever la calotte, *le frontal s'est désuni* d'avec le pariétal gauche, de sorte qu'il ne reste plus à l'état intact que la partie droite de la suture coronale. Cette suture coronale est très injectée. A la palpation, on sent dans son interstice, une sorte de bourrelet rouge, vasculaire, formé par la membrane intersuturale. En aucun point cette suture n'est le siège d'un travail synostosique, pas plus sur la table interne que sur la table externe. La suture sagittale est fortement dentelée, sinueuse. La région de l'obélion est elle-même irrégulière. En aucun point on ne trouve de travail d'ossification.

La suture lambdoïde présente le même aspect que les précédentes. On remarque sur sa branche droite la présence d'un os wormien d'un centimètre et demi de long sur un demi centimètre de large. Le sillon creusé par l'artère méningée moyenne est profond et bien dessiné sur les deux pariétaux. Le crâne est asymétrique et la région latérale gauche est aplatie. La bosse frontale de ce côté est très peu apparente (Fig. 5).



Fig. 5.

Comme on le voit sur la fig. 5, la *fontanelle antérieure* persiste, ainsi que cela est presque la règle chez les enfants du même âge (26 mois) que notre malade.

OBSERVATION VII. — IDIOTIE COMPLÈTE SYMPTOMATIQUE DE DOUBLE PORENCÉPHALIE VRAIE.

Roc..., Georges E., né à la Noue (Marne), le 29 juin 1886 est entré à Bicêtre, le 4 mai 1892.

Sommaire. — Père et grand-père paternel, quelques excès de boisson. Mère, convulsions de l'enfance, nerveuse. Grand oncle paternel mort de tuberculose. Sœur, accidents nerveux. Emotion vive au 5e mois de la grossesse. Premières convulsions à 3 mois; crises fréquentes jusqu'à 4 ans. Rougeole et influenza à 5 ans. Sueurs abondantes de la tête suivies d'un peu d'amélioration. Marche et parole nulles. Strabisme extrême, cécité complète. Contracture des 4 membres. Mastication nulle; bave, accès de cris. Tics de la face et balancement. Gâtisme. Epilepsie, congestion pulmonaire; mort.

Autopsie. — Porus vrais des deux hémisphères cérébraux. Méningo-encéphalite chronique. Atrophie de la protubérance. Lésions pulmonaires.

Crâne. — La *voûte crânienne* est assez élevée, mince, les os sont peu épais. Il y a de nombreuses plaques transparentes occupant la moitié de la calotte à gauche et les 2/3 à droite. La *suture sagittale* entièrement libre est modérément sinueuse. Les dentelures sont apparentes aussi bien sur la table interne que sur la table externe. — La *suture coronale* est très régulière sans interposition d'os wormiens. Aucune trace de synostose n'est appréciable sur l'une ou l'autre face. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue sans trace de synostose; les fontanelles et la suture métopique sont fermées (Fig. 6).



Fig. 6.

OBSERVATION VIII. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE ; HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE ; SCLÉROSE ATROPHIQUE ; TUBERCULOSE ABDOMINALE.

Sal..., Paul, 4 ans.

SOMMAIRE. — Père alcoolique, emporté. Grand-père paternel mort d'une attaque de paralysie. Grand oncle paternel tuberculeux. Cousin

germain aveugle-né. Mère, céphalalgies, intelligence bornée. Grand-père maternel et arrière grand'mère maternelle, morts d'une pleurésie. Oncle maternel ivrogne. Frère asphyxié à la naissance. Accident au 2e mois de la grossesse. Frayeur légère au 6e mois. Accouchement laborieux. Asphyxie et déformation crânienne à la naissance. Convulsions dès le premier jour. Secondes convulsions à 4 mois. Début de la parole à 18 mois. Premières dents à 6 mois. Ne marche pas. Gâtisme complet. Paraplégie inférieure et hémiplégie gauche avec contracture. Microcéphalie. Tuberculose intestinale. Mort.

Autopsie. — Sclérose atrophique des circonvolutions cérébrales. Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Adénopathie mésentérique tuberculeuse.

Crâne. — La *calotte crânienne* est un peu épaisse (3 à 4 m/m) mais peu dure, les sutures sont partout transparentes ; les dentelures sont peu prononcées. La suture *interfrontale* seule, est tout à fait ossifiée. Les *sutures pariéto-occipitales* ont des dentelures un peu plus sinueuses et l'occipital est si peu soudé aux pariétaux, qu'il en est au contraire presque détaché. Il y a une plaque transparente de chaque côté de la suture métopique et au niveau de l'angle antérieur et supérieur des pariétaux ; la droite (25 m/m) est moitié plus grande que la gauche. La voûte paraît symétrique.

OBSERVATION IX. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE ; CRANIECTOMIE SANS RÉSULTAT APPRÉCIABLE ; MODE CURIEUX DE RÉOSSIFICATION DE LA BRÈCHE OSSEUSE.

Sti..., Emile F., 6 ans.

Sommaire. — Père, excès de boisson. Grand-père paternel, alcoolique et nerveux. Oncle paternel mort d'une méningite traumatique (?). Tante paternelle morte phtisique. Mère vive et coléreuse. Cousin idiot ne parlant pas. Un frère mort de convulsions. Un autre frère mort du carreau à 3 ans. Une sœur morte de bronchite. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans. Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. Première dent à 10 mois. Dentition complète à 2 ans. Convulsions dites internes à 3 semaines, se reproduisant quotidiennement jusqu'à la fin du 3e mois ; occlusion des paupières ; immobilité. Strabisme constaté à 13 mois. Crâniectomie à l'hôpital Trousseau en juin 1890. Coqueluche à 2 ans 1/2. Rougeole à 3 ans 1/2. Teigne tonsurante. Broncho-pneumonie. Mort.

AUTOPSIE. — Description des os du crâne. Mode de réparation de la brèche osseuse produite par la crâniectomie. Minceur et transparence des os. Absence de synostose. Adhérences de la dure-mère au niveau des cicatrices osseuses. Méningo-encéphalite prédominant sur l'hémisphère gauche. Persistance du trou de Botal. Lésions pulmonaires.

Crâne. — La calotte paraît légèrement asymétrique, mais cette asymétrie est plus apparente que réelle; cette apparence est le fait de l'incision osseuse faite à gauche. Une mensuration exacte démontre que les deux côtés du crâne sont presque parfaitement égaux. La forme générale de la calotte est régulièrement ovoïde à grosse extrémité occipitale. Les bosses pariétales sont très saillantes. Nous insisterons plus particulièrement sur la *grande minceur des os* qui offrent une épaisseur variant de 1 à 2 milimètres 1/2. L'occipital est particulièrement mince et présente latéralement des régions transparentes. Des *plaques translucides* existent encore sur les pariétaux et sont surtout nombreuses à la région postérieure et inférieure. Les traces des vaisseaux méningés sont nombreuses et nettement accusées sur les pariétaux. Le *frontal*, un peu plus épais que les pariétaux, présente à sa région moyenne une bande transparente. Les *sutures* finement dentelées n'offrent nulle part *aucune trace de synostose*. La *suture fronto-pariétale*, très dentelée dans ses 2/3 inférieurs à droite et à gauche, devient presque rectiligne, surtout à droite, à 3 centimètres environ de la glabelle. Un petit os wormien existe de chaque côté dans cette partie rectiligne. A la face interne, cette scissure est sinueuse, mais n'offre pas de dentelures accentuées. Il n'y a pas de trace de la *suture métopique*. La *suture sagittale*, finement dentelée dans ses deux centimètres antérieurs, offre sur un centimètre et demi 4 dentelures aiguës et profondes de 5 millimètres environ, puis, changeant de caractère, elle se continue en dentelures arrondies et irrégulières jusqu'au niveau du lambda. La *suture lambdoïde* est très contournée, ses dentelures sont fines et irrégulières. A droite, à 4 centimètres 1/2 du lambda, les dentelures s'exagèrent et forment *2 petits os wormiens* très irréguliers ayant un centimètre environ dans leur grande dimension qui est perpendiculaire à la suture. A la face interne ces sutures sont moins contournées, les os wormiens signalés plus haut, apparaissent nettement, mais moins longs, plus larges et à bords moins déchiquetés. La *brèche osseuse* due à la *crâniectomie* (Fig. 7), située à gauche, est antéro-postérieure et s'étend sur le frontal et le pariétal. Elle forme avec la suture sagittale un angle aigu, à sinus postérieur de 25° environ. Cette brèche est en voie de réparation et les parties non ossifiées y sont recouvertes d'une membrane dépendant du périoste, s'étendant d'un bord à l'autre et transformée sur les bords en minces lamelles osseuses. Une partie ayant 32 millimètres de longueur reste non ossifiée à la région frontale. Une région de 20 millimètres, complètement réparée, lui succède. Cette région croise la suture fronto-pariétale. *Son mode de réparation est des plus intéressant,* en effet la soudure osseuse s'est effectuée sous

la forme de *suture à fines dentelures, analogues à celles de la suture qu'elle croise.* Une région de 16 millimètres non réparée lui fait suite et offre des bords assez réguliers; cette région a 3 millimètres à sa partie la



Fig. 7.

plus large. 18 millimètres à peu près soudés complètement viennent ensuite ; ici la soudure bien qu'un peu irrégulière n'offre pas de dentelures comme précédemment, mais elle n'est pas aussi complètement

effectuée. Enfin durant 30 millimètres la brèche reste sans ossification. Elle offre là une largeur moyenne de 4 millimètres, présente sur ces bords de petits prolongements osseux minces et se termine par un cul de sac arrondi, à demi comblé par une jetée osseuse interne. A l'état frais cette partie non ossifiée était recouverte d'une *membrane ostéogène*, les prolongements osseux lamellaires des bords de la brèche en sont une preuve.

OBSERVATION X. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

Touch..., Jean-Etienne, 3 ans.

SOMMAIRE. — Père et grand-père paternel : excès de boisson. Tante paternelle : suicidée. Mère : convulsions de l'enfance, suivies de strabisme; alcoolisme; morte aliénée. Grand-père maternel, méchant et violent, alcoolique. Sœur : gourmande et voleuse. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 6 ans. Crises éclamptiques durant la grossesse. Lymphatisme. Idiotie complète; parole et marche nulles ; gâtisme ; aucune connaissance des personnes. Rougeole à la période d'incubation, au moment de l'admission; marche de la température; otite précédée d'une ascension thermométrique; broncho-pneumonie; mort; élévation considérable de la température après le décès.

AUTOPSIE. — Etat des sutures; lésions de méningo-encéphalite chronique; persistance du thymus (Fig. 8).

Crâne. — La calotte présentant l'épaisseur normale de celle d'un enfant de cet âge. Bosses asymétriques. Bosse pariétale droite un peu saillante : plagiocéphalie. Fontanelles oblitérées; zone transparente à la partie postérieure des deux pariétaux. Deux zones transparentes à 15m/m environ de la suture fronto-pariétale sur la ligne médiane. La zone droite à 15m/m de largeur sur 20m/m de longueur et s'étend jusqu'à la suture sagittale, où elle se fusionne avec la zone gauche, qui a 15m/m de longueur sur 10m/m de largeur. Un léger épaississement linéaire sépare ces deux zones. Une petite surface transparente de 10m/m sur 3m/m existe encore au niveau de la partie interne de la bosse pariétale droite à 2 centimètres environ de la suture sagittale.—*Sutures*. Il n'y a pas de trace de la suture métopique. La suture fronto-pariétale est un peu sinueuse à sa partie médiane, a la forme d'un S italique très allongé, elle devient un peu sinueuse à ses parties latérales. La suture sagittale, d'abord rectiligne, est légèrement sinueuse, présente à sa partie médiane des dentelures plus grandes pendant 3 centimètres environ pour redevenir presque rectiligne à son tiers inférieur. La suture lambdoïde, régulière, est très dentelée à gauche; à droite elle est plus irrégulière, et à sinuosités plus petites. Ni sur la face interne, ni sur la face externe, on ne trouve la plus légère trace de synostose. Les os du crâne sont assez durs sur une épaisseur variant de 3 à 6m/m.



Fig. 8.

OBSERVATION XI. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE PORENCÉPHALIE.

Viv..., Louis-Albert, 7 ans et demi.

SOMMAIRE. — Enfant naturel. Renseignements insuffisants du côté paternel. Tante paternelle aliénée. Mère, rien de particulier. Grand-père maternel, quelques excès de boisson. Parole nulle. Marche à 3 ans 1/2 et incomplète. Pas de convulsions. Affaiblissement paralytique du côté gauche. Accès de colère. Phlegmon de la région mastoïdienne. Carie du rocher. Méningite. Mort.

Autopsie. — *Porencéphalie* droite. Tuberculose des poumons et du péritoine.

Crâne. — Les os sont minces et très durs. La *suture inter-frontale* est complètement soudée sans traces de dentelures. La bosse frontale est transparente dans ses parties latérales. Les autres sutures présentent des *dentelures* très nettes et sont complètes. Le *pariétal droit* est translucide. Les bosses pariétales sont très prononcées, surtout la gauche (1).

OBSERVATION XII. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

Watebl..., Ed.-Gustave, 3 ans et demi.

Sommaire. — Grand'mère paternelle morte épileptique (en état de mal probablement). Mère émotive, mais sans crises nerveuses. Une tante paternelle de la mère épileptique, une sœur de la mère nerveuse, de caractère bizarre. Un frère de la mère mort de congestion cérébrale ; un autre frère de la mère a eu un fils paralysé et qui paraît être hydrocéphale ; un autre frère de la mère enfermé à Bicêtre pour un accès de délire. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 16 ans. Accouchement par la face, travail ayant duré 5 heures. Allaitement au lait de vache. Première dent à 2 ans passés. Accidents scrofuleux, symptômes méningitiques en 1891, étourdissements quelque temps avant son entrée à Bicêtre. Grincements de dents, accès de colère, tics. Parole à peu près nulle. Broncho-pneumonie. Mort.

Autopsie. — Pas de traces de synostose. Léger degré de persistance de la fontanelle antérieure. Adhérences de la dure-mère. Adhérences de la pie-mère avec la dure-mère, d'une part, avec la substance cérébrale d'autre part. Broncho-pneumonie en foyers disséminés dans les poumons. Hypertrophie des ganglions péritrachéo-bronchiques.

Crâne. — Les cinq os du crâne sont minces et violacés par places ; la suture coronale est très sinueuse et ne porte aucune trace d'ossification tant sur la table interne que sur l'externe. La sagittale est régulière et n'est nulle part ossifiée. La lambdoïde, libre dans toute son étendue, porte dans sa branche droite un petit os wormien. La fontanelle antérieure est représentée par un léger espace triangulaire d'un centimètre sur deux de large ; elle est tapissée par une mince membrane. L'artère méningée moyenne se creuse le long du bord antérieur des deux pariétaux un sillon profond dont le fond est représenté par une mince lamelle osseuse.

(1) L'observation complète de ce malade a été insérée dans notre *Compte-rendu* du service des enfants de Bicêtre pour l'année 1891, p. 96.

Le tableau suivant résume nettement les détails qui précèdent :

NOMS	AGE	SEXE	DIAGNOSTIC	ÉTAT DU CRANE
1° Berl....	14	G	Idiotie symptomatique de tumeurs cérébelleuses.	Os minces, transparents. Ecartement considérable des sutures.
2° Blais..	17 1/2	F	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite ; crâniectomie par M. le Dr Petel (de Rouen), microcéphalie.	Os minces, durs, persistance des sutures, plaques transparentes.
3° Bourg.	5	G	Idiotie myxœdémateuse.	Os très minces; plaques transparentes; persistance de la fontanelle antérieure et des sutures.
4° Dufou.	3	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os mous, peu épais, plaques transparentes, sutures persistantes, les os sont près de se séparer.
5° Louv..	4	G	Idiotie symptomatique de sclérose atrophique.	Os minces, nombreuses plaques transparentes; sutures persistantes.
6° Martin.	1 1/2	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os très minces, en grande partie transparents; persistance de la fontanelle antérieure et des sutures.
7° Roch...	6	G	Idiotie symptomatique de porencéphalie vraie double.	Os très minces presque partout transparents. Persistance des sutures.
8° Sal.....	4	G	Idiotie microcéphalique.	Os assez minces, plaques transparentes ainsi qu'une partie des sutures, qui, toutes persistent ; l'occipital tient à peine aux pariétaux.
9° Stif....	6	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite ; crâniectomie par M. Lannelongue.	Os très minces, très nombreuses plaques transparentes; persistance des sutures qui sont en grande partie transparentes.
10° Touch	3	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os peu épais, plaques transparentes, sutures persistantes, translucides par places.
11° Viv...	6	G	Idiotie symptomatique de porencéphalie.	Os peu épais, presque complètement transparents à droite, sutures persistantes.
12° Wateb	3 1/2	G	Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.	Os très minces, plaques transparentes, sutures persistantes ; les os sont sur le point de se séparer.

Nous aurions pu multiplier les faits, ceux-là, concernant une partie des malades morts depuis un an dans notre service, nous ont paru suffisants. Ce n'est pas que nous soyions absolument opposés à la crâniectomie ou à la trépanation ; mais nous ne la croyons indiquée que dans les cas où les troubles intellectuels reconnaissent pour cause un abcès du cerveau, un traumatisme, ou peut-être une tumeur à siège bien précisé.

Avant de terminer cette première partie de notre communication laissez-nous vous rappeler le mode de *réossification* de la brèche osseuse chez notre malade de l'Obs. IX : cette réossification s'est faite sous forme de *dentelures*, tout à fait semblables aux sutures naturelles ou primitives. Et, en second lieu, laissez-nous insister sur une lésion peu connue, la *distension des sutures.*

L'examen de ces *douze crânes* et des *cerveaux* correspondants, ne laissera aucun doute, nous le pensons, dans votre esprit au sujet de l'inutilité de la crâniectomie. Ainsi que vous le vòyez, le point de départ sur lequel le chirurgien s'appuie pour pratiquer la *crâniectomie*, à savoir l'*ossification prématurée des os du crâne*, est une conception théorique, démentie par les pièces anatomiques.

On peut se demander aussi ce qu'une telle opération peut avoir d'influence pour remédier — notre but à nous, — à ces lésions si diverses, si profondes que vous avez pu constater sur les *photographies* : Idiotie symptomatique de tumeurs cérébrales, de méningo-encéphalite, de sclérose atrophique, de porencéphalie ou due au myxœdème (absence de la glande thyroïde) ou encore à un arrêt de développement d'origine congénitale.

Sur le premier crâne que vous avez vu, les *sutures se sont écartées* à un degré considérable sous l'action d'une hydrocéphalie consécutive à des tumeurs du cervelet (1). Comment cette distension s'opère-t-elle ? Les crânes des malades des Obs. IV et XII, nous paraissent en fournir l'explication. Ces malades ont succombé à une poussée méningitique, entée sur des méningo-encéphalites chroniques. Les os étaient congestionnés à un degré considérable ; les sutures participaient à cette congestion et la substance périostale intersuturale s'était gonflée au point de

(1) Depuis notre communication au Congrès nous avons observé un second cas tout à fait semblable, celui de Marie Bais...

former, au niveau des sutures, de véritables cordons qui avaient écarté les dentelures des sutures correspondantes.

IV. L'enthousiasme qui semble avoir accueilli la *crâniectomie* tient en partie à ce que l'on ne possède en général aucune notion exacte des maladies qui aboutissent à ce qu'on appelle communément l'*idiotie*. On ignore aussi que l'un de nos compatriotes, Seguin, devenu l'un des médecins les plus éminents des Etats-Unis, a institué une *méthode d'éducation*, qui permet d'obtenir des résultats incomparablement supérieurs à ceux de la crâniectomie. Cette méthode, complétée chaque jour par nous, en y ajoutant des procédés que nous suggère l'expérience, constitue ce que nous désignons sous le nom de *traitement médico-pédagogique* de l'idiotie. Nous allons vous citer quelques exemples qui vous montreront que la médecine n'est pas désarmée en face de ce genre de maladies.

Afin de constater les progrès survenus chez nos malades, nous les faisons photographier dès leur arrivée, puis tous les ans ou tous les deux ans suivant l'amélioration qui s'est produite. Pour faciliter votre appréciation, nous avons fait réunir sur un seul carton toutes les *photographies* du même malade : c'est ce que nous appelons des *photographies collectives*.

En second lieu, dès qu'un enfant parvient à tracer des bâtons, nous faisons ouvrir un *cahier scolaire*. Ensuite tous les trois mois, tous les deux mois, tous les mois, à mesure des progrès accomplis, les maîtres et les maîtresses font faire aux enfants, sur ces cahiers, les divers exercices dont ils sont devenus capables : écriture, chiffres, dessins, opérations d'arithmétique, dictées, etc.

Nous allons donc faire passer devant vous les photographies collectives et les cahiers de six enfants *idiots*, pris surtout parmi les plus malades et que nous avons pu améliorer d'une façon sérieuse.

OBSERVATION I. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE.

Arn..., Gabriel, né le 20 mai 1876.

Sommaire. — Antécédents paternels négatifs. Mère nerveuse. Grand-père paternel, excès de boisson. Grand'tante maternelle, migraineuse. Sœur de mère, morte de convulsions. Enfant naturel : arrêt de développement et tête très petite à la naissance (microcéphalie très prononcée à prognathisme supérieur). Convulsions répétées à un an. Fugues solitaires. Imitation des animaux. Kleptomanie. Accès de colère. Grimaces de la face. Défaut de prononciation. Echolalie. Amélioration très notable (1).

Les photographies prises de 1885 à 1892, font voir les changements survenus au point de vue du développement physique et de la physionomie. Son cahier scolaire nous montre qu'il a commencé à faire des bâtons en 1886 et que en juillet dernier il écrivait assez régulièrement et faisait des chiffres. Ses connaissances usuelles se sont très étendues. Il répond avec à propos aux questions qu'on lui pose, toutefois la prononciation reste un peu défectueuse. Il n'a plus d'écholalie. Son caractère s'est amélioré ; il est moins jaloux. Il n'est plus voleur. Il sait distinguer les couleurs, les noms et l'usage des différentes parties de son corps, etc.

OBSERVATION II. — IMBÉCILLITÉ.

Chan..., Emile, né le 28 septembre 1879 (13 ans).

Sommaire. — Père, doreur sur métaux, très nerveux et emporté, suicidé. Grand-père paternel, ivrogne. Grand'mère maternelle, morte hémiplégique. Arrière grand-père paternel, mort paralysé. Mère migraineuse. Grand-père maternel, mort phtisique. Arrière grand-père maternel, mort paralysé. Grand oncle maternel, mort paralysé. Oncle maternel, mort phthisique. Pas de consanguinité; mère plus âgée que le père de 14 mois. Sœur morte d'une méningite avec convulsions. Enfant normal jusqu'à 17 mois, époque où ont débuté les

(1) Voir l'observation complète de ce malade dans le *Compte-rendu du Congrès international de médecine mentale* de 1889, p. 100 et *Compte-rendu du service* de Bicêtre pour 1890, p. 153.

convulsions. Répétitions des convulsions toutes les nuits pendant 2 semaines : accès de colère, dur à élever. A 3 ans, nouvelles convulsions tous les soirs pendant une semaine. Aggravation des colères, turbulence, désobéissance, violences envers les autres enfants. Clastomanie, grimpeur, gourmand, énervement général. Amélioration très notable. (Photographies en 1885, 1887, 1889 et 1892.)

En 1885. — L'enfant ne savait pas se servir du couteau; il connaît ses lettres, compte jusqu'à 20, fait des bâtons sur le cahier.

En 1892. — Lit couramment, écrit lisiblement, fait de petits problèmes sur les quatre opérations, connaît l'heure, les jours, les mois, fait de petites rédactions, écrit des lettres, exécute tous les exercices de la gymnastique Pichery, est apprenti tailleur et travaille de mieux en mieux. Il est devenu de moins en moins coléreux et grossier et de plus en plus soigneux et affectueux.

OBSERVATION III. — IDIOTIE PROBABLEMENT SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE CÉRÉBRALE.

Charet..., Ch., né le 24 novembre 1883.

SOMMAIRE. — Père emporté, céphalalgie, excès alcooliques et vénériens. Grand-père paternel peu intelligent, ivrogne. Grand'mère et tante paternelles débauchées. Deux oncles et un cousin paternels morts de convulsions. Grand oncle paternel, excès de boisson. Grand-père maternel, excès de tous genres. Trois frères ont eu des convulsions. Conception probable durant l'ivresse. Premières convulsions une heure après la naissance, revenues à diverses reprises jusqu'à 2 ans et demi. Parole nulle, gâtisme, etc.

La première photographie prise en 1887 (3 ans 1/2) représente l'enfant en robe de gâteux; la seconde l'enfant devenu propre, en pantalon (4 ans 1/2); les deux autres témoignent des heureux changements survenus dans sa physionomie.

A l'entrée (8 février 1887). — Parole nulle, ne se sert que de la cuiller, gourmand, turbulent, méchant, voleur, gâteux; ne sait ni se déshabiller, ni s'habiller, ni se laver.

Actuellement (août 1892). — Il est devenu propre, il trace des lettres et des chiffres en gros; il prononce un certain nombre de mots, s'habille, se déshabille seul, avec beaucoup d'adresse. Ses souliers sont toujours bien lacés et ses vêtements bien boutonnés. Il s'assure qu'il est habillé

convenablement en se regardant dans le miroir. Il se lave le visage et les mains avec soin; se sert habilement de la cuiller, de la fourchette et du couteau. Il place toutes les lettres en bois sur leur figuration imprimée, mais on n'est point parvenu jusqu'à présent à les lui faire nommer sauf l'U et l'A. Il connaît tous les chiffres et les place sans se tromper. Quoique ne pouvant nommer les couleurs il place bien les cartons colorés sur le tableau des couleurs.

OBSERVATION IV. — IDIOTIE CONGÉNITALE.

Corbe..., Gaston, né le 4 mai 1878.

Sommaire. — Père, peintre en bâtiment ; tœnia, étourdissements, céphalées durant l'enfance. Grand-père paternel apoplectique. Mère sujette à des douleurs de tête, perte de connaissance de 7 à 27 ans. Arrière grand-père maternel, excès de boisson, suicide par pendaison. Grand'mère maternelle morte d'une attaque d'apoplexie. Arrière grand'tante maternelle, aliénée. Frère idiot. Jamais de convulsions ni de traumatismes. Parole très imparfaite, succion, gâtisme, gourmandise, accès de colère, onanisme, habitude de mordre, incapacité de s'habiller, de se laver, etc.

Les *photographies* prises en 1886 (6 ans 1/2) et en 1887 le montrent en robe de gâteux ; celle de 1890 devenu propre en pantalon, mais la figure obtuse ; la dernière, celle de 1892, à l'âge de 14 ans, la physionomie est éveillée et souriante. Il se déshabille, s'habille, se lave bien seul. La parole s'est notablement développée. Il reconnaît les objets usuels et ce à quoi ils servent. Il connaît les lettres et les chiffres, place bien les figures géométriques. L'attention est devenue bien plus facile à fixer. Les résultats auraient été beaucoup plus considérables s'il n'avait été transféré à la fin de 1886 à Clermont où il est resté un an pour revenir à Bicêtre, ayant perdu ce qu'on lui avait appris et plus âgé, c'est-à-dire moins perfectible.

OBSERVATION V. — IMBÉCILLITÉ PRONONCÉE; ÉPILEPSIE.

Duma..., Charles, né le 15 mars 1879.

Sommaire. — Père rien de particulier, mort de phtisie. Grand-père paternel, mort probablement d'une congestion cérébrale. Arrière grand-père paternel, mort d'un coup de sang. Oncle paternel mort phti-

sique. Mère morte d'une péritonite un an après une couche. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 7 ans. Chûte avec perte de connaissance à 8 mois. Evanouissements 8 jours après jusqu'à 15 mois. Première dent à 12 mois. Gâtisme intermittent. Parole limitée à quelques mots à l'entrée. Marche à 13 mois. Turbulence. Grimpeur. Clastomanie. Parole développée et propreté vers 1882. Plaie du cuir chevelu dans un accès (mars 1883). Torticolis (septembre). Oreillons (octobre 1885). Disparition des accès en février 1885.

La première *photographie* représente l'enfant en 1882, âgé de 3 ans, il est en robe de *gâteux*. Les photographies, prises successivement, la dernière en février dernier, mettent en évidence les progrès réalisés.

Son *cahier scolaire* a été ouvert en 1884, époque où il a commencé à tracer des bâtons au crayon. La dernière feuille de ce cahier montre qu'il sait mettre les noms au pluriel, faire de petites dictées, l'addition, la soustraction, qu'il commence la multiplication; son écriture est très lisible.

OBSERVATION VI. — IDIOTIE CONGÉNITALE PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES CIRCONVOLUTIONS.

Dupu..., Marius, né le 30 juillet 1881.

SOMMAIRE. — Père, quelques excès de boisson, eczéma. Mère, migraineuse. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans. Sœur, morte de convulsions. Conception durant l'ivresse. Première dent à 6 mois. Marche et parole nulles. Gâtisme à l'entrée (3 ans). Salacité. Cris constants, plaintes des voisins. Tentatives pour mordre ses frères et sœurs. Balancement antéro-postérieur du tronc. Préhension défectueuse : ne se sert pas de la cuiller. N'aurait jamais eu de convulsions. Amélioration très remarquable : développement de la marche, de la parole, etc.

Sur ces *photographies*, vous le voyez en robe de gâteux en 1884, à l'âge de 3 ans, propre et en pantalon en 1885, à 4 ans, avec une tenue défectueuse et une physionomie encore obtuse en 1887, plus éveillée en 1889 et enfin, sur la photographie de juillet dernier, avec une physionomie souriante et intelligente.

A l'entrée (1884). — Parole nulle, gâtisme, se sert assez bien de la cuiller; colère, jaloux, se jette par terre, frappe sa tête contre les murs et les portes, balance son corps d'avant en arrière, etc.

En 1892. — Parole libre, raisonnement assez développé, réponses précises, se déshabille, s'habille, se lave seul et convenablement. Sa

tenue est bonne; il se sert bien de la cuiller, de la fourchette et du couteau, lit couramment, écriture lisible et assez soignée, commence à faire quelques dictées, exécute quelques petites additions, soustractions, multiplications; parfois, mauvais instincts, pique des aiguilles ou des clous dans le siège de ses camarades, est parfois paresseux.

OBSERVATION VII. — IMBÉCILLITÉ SYMPTOMATIQUE.

Laumail..., Gustave, né le 16 septembre 1878.

SOMMAIRE. — Père, plombier, excès de boisson, non saturnin ? Grand-père paternel, plombier, alcoolique. Mère plus âgée de 4 ans que le père. Grand-père maternel, excès de boisson. Conception durant l'ivresse. Peur suivie de syncopes au 9e mois de la grossesse. Asphyxie à la naissance. Première dent et marche à 14 mois. Premières convulsions à un mois. Retour mensuel ou bi-mensuel des convulsions jusqu'à 5 ans. Crises plus rares à partir de 5 ans. Parole à 6 ans. Gâtisme accidentel.

Sa première *photographie* prise en 1885, quand il avait 7 ans, le représente en gâteux. Il est devenu propre deux ans plus tard (deuxième photographie). Sur les deux dernières photographies, la physionomie est beaucoup moins obtuse.

A l'entrée. — Laum... parle assez bien avec ses camarades, mais ne répond pas quand on l'interroge. La prononciation est très difficile; il se sert seulement de la cuiller et de la main gauche; il ne sait ni se laver, ni se vêtir, ni lacer, nouer ou boutonner; il n'a aucune notion de la lecture, de l'écriture, de la numération, des couleurs, etc.; il a commencé à être propre à 6 ans, mais d'une façon incomplète, car il lui arrive encore assez souvent d'avoir des selles et surtout des mictions involontaires la nuit.

Actuellement (1892). — L..., parle assez bien, répond aux questions qu'on lui pose, dit les noms des personnes et des choses, mais la prononciation est défectueuse en ce sens qu'il serre les dents et ouvre peu la bouche. Il se sert de l'ép nge pour se débarbouiller, mais doit être surveillé. Il est assez soigneux, conservant ses vêtements boutonnés et ses souliers lacés, se tient bien à table, mange proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette, mais ne peut encore se servir habilement du couteau. Il connaît ses lettres, les nomme toutes sans se tromper distingue les chiffres, place bien les couleurs, etc. En somme, amélioration très notable.

OBSERVATION VIII. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE.

Mazi..., Henri, 8 ans.

SOMMAIRE. — Père, rien de particulier. Grand-père paternel, alcoolique, mort « du pylore ». Arrière grand-père paternel, alcoolique. Deux grands oncles paternels, alcooliques. Mère et grand'mère maternelle, migraineuses. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 7 ans. Pas de convulsions. Parole nulle. Impossibilité de se tenir debout. Affaiblissement prédominant à la jambe gauche. Gâtisme. Tournoiement de la tête. Balancement du tronc. Première dent à 6 mois. Grincement des dents. Rougeole et coqueluche à 2 ans. Amélioration considérable.

Il s'agit là d'un des microcéphales que nous avons montrés à l'une des séances du Congrès international de médecine mentale de 1889. Les premières *photographies* le représentent gâteux, assis ou tenu sur les genoux ; puis devenu propre en pantalon et marchant.

Voici la note qui figure dans les *Comptes-rendus* du Congrès :

« *A l'entrée* (3 décembre 1887). — Mazi... était complètement gâteux ; « il lui était impossible de se tenir debout. La jambe gauche paraissait « un peu plus faible que la droite. On notait chez lui des tournoiements « de la tête, des grincements de dents et un balancement antéro-postérieur du tronc. La parole est absolument nulle. Il crie et pleure une « partie de la nuit, il dort le matin. L'attention ne peut être fixée. La préhension se fait assez bien ; toutefois, M... n'aide en rien pour s'habiller « et se déshabiller et ne sait pas se servir de la cuiller, il est affectueux « et reconnaît ses parents.

« *Traitement.* — Exercer l'enfant à se tenir debout et à marcher ; le « placer sur le vase à des heures régulières ; exercices de la parole ; sirop « d'iodure de fer, huile de foie de morue, bains salés. Bien que, de son « entrée au mois d'août de cette année, divers accidents aient entravé le « traitement, déjà nous avons obtenu chez cet enfant une amélioration « encore peu profonde, mais indubitable.

« L'enfant commence à se tenir sur les jambes, ne gâte plus que par « moments, demande le vase. Il dit très bien : papa, maman, çà y est, « non, voilà. En nous appuyant sur ces résultats, nous pouvons espérer « que dans un temps plus ou moins long, l'enfant sera tout à fait propre, « marchera et parlera. »

Nos prévisions se sont amplement réalisées. Le corps et la tête se sont développés ainsi que le démontrent les tableaux suivants :

	1888		1889		1890		1891	1892
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	6k500	7k900	7k800	8k400	9k	10k100	10k900	11k400
Taille	0m65	0m665	0m665	0m67	0m675	0m68	0m72	0m94

DIMENSIONS DE LA TÊTE

	1888		1889	1890		1891		1892
	jan.	oct.	sep.	jan.	juil.	juil.	déc.	juil.
Circonférence horizont. max.	41	41.5	41.5	41.5	42	42.3	42.7	42
1/2 — bi-auriculaire	25	25 5	27	28	27	25	27	26.5
Distance de la racine du nez à l'arton occipito-atloïdienne	30	31	31	31	29	27.5	29	31.5
Diamètre antéro-postr max.	14.2	14.5	14.5	14.6	14.6	14.9	15	14.6
— bi-auriculaire. . .	9	9	9.1	9.3	9.3	9.5	9	10
— bi-pariétal	10.5	10.8	11.2	11.3	11.2	11.4	11.4	11.6
Hauteur du front.				4	4	4	4	4
Largeur du front.				12	8.2	9.5	10	9.5

De plus Maz..., ainsi que nous l'avons dit à propos de ses photographies, est tout à fait propre. Il marche, court et saute. La parole s'est notablement développée, il dit les noms des personnes, des objets qui l'entourent, des différentes parties de son corps, prononce des phrases simples, commence à bien exécuter les exercices de la gymnastique Pichery.

Les documents qui composent cette seconde partie de notre communication me semblent de nature, Messieurs, à apporter la conviction dans vos esprits et à mettre hors de doute la supériorité du *traitement médico-pédagogique* de l'idiotie sur le *traitement*

chirurgical. Il est à désirer que les chirurgiens qui ont pratiqué la crâniectomie, fassent connaître, un an ou deux après l'opération, les améliorations survenues chez leurs malades et qu'ils présentent des photographies collectives semblables aux nôtres.

M. G. Ballet demande à M. Bourneville s'il a vu un seul cas où le développement du crâne ait été entravé par des synostoses prématurées, complètes des sutures.

M. Bourneville. — Personnellement, je n'ai vu aucun cas d'ossification prématurée de *toutes les sutures* chez des idiots, des imbéciles ou des arriérés, mais il y en a dans la science et avec autopsie.

M. Régis pense que la communication de M. Bourneville est d'autant plus importante qu'aujourd'hui la crâniectomie est de mode, même en province. Pour sa part, il a eu l'occasion de voir un de ses malades, atteint d'idiotie méningitique, subir la crâniectomie sans aucun résultat.

M. Bouchereau. — Je suis absolument convaincu, comme M. Bourneville, de l'inutilité du traitement chirurgical de l'idiotie, et je crois que le traitement hygiénique et pédagogique, tel que l'a institué M. Bourneville à Bicêtre, est celui qui mérite toutes nos préférences.

M. Rouby. — Au sujet de la trépanation chez les idiots, je puis citer une observation personnelle qui peut avoir quelque intérêt pour montrer l'inutilité de cette opération.

Il s'agit d'un enfant idiot âgé de douze ans ; son père vers l'âge de vingt-cinq ans environ, alors que le développement de son cerveau était complet, était tombé sur la tête d'une hauteur de quatre mètres environ ; le coup avait porté sur la ligne médiane au niveau de la suture occipito-pariétale. Un corps dur se trouvait là et avait produit un enfoncement des os du crâne ; il n'en était rien résulté; le malade avait repris connaissance une heure ou deux après et avait repris son travail le lendemain : lorsque je l'examinais trente ans après, je trouvais au point de l'accident une espèce de niche

de trois centimètres environ de longueur ayant sa direction de haut en bas, la peau n'était pas adhérente ; on pouvait loger la première phalange du pouce dans l'enfoncement. Le père était un paysan d'une intelligence remarquable, d'une moralité supérieure à celle de son milieu, ce que je constatais par les soins dont il entourait son enfant, voulant le guérir à tout prix; il était d'une force moyenne, aucun accident soit du côté du cerveau, soit du côté de la moelle épinière ne s'était jamais produit chez lui. Il eut sept enfants ; l'aîné seul souffrit de l'hérédité; les autres étaient bien constitués de toute façon, notamment du côté du crâne.

L'enfant présentait dans la même région, une dépression identique à celle de son père; il est donc inutile d'en faire une nouvelle description.

Jusqu'à l'âge de huit ans, il fut comme tous les enfants. On ne remarqua rien d'anormal dans son système nerveux; il alla à l'école, apprit à lire et à écrire; il était en arithmétique le plus fort de sa classe.

A cette époque, des troubles de la locomotion survinrent, s'aggravèrent et s'accompagnèrent de troubles de l'intelligence. Lorsque je le vis il avait l'aspect d'un idiot; il reconnaissait les personnes et il semblait qu'un peu d'intelligence fut conservée; comme preuve, son père me racontait que lorsque son second fils faisait des calculs, l'idiot le surveillait et si le calcul était faux, il poussait des cris rauques et frappait son frère pour lui faire recommencer son travail.

Paralysie partielle des membres supérieurs et inférieurs, plus marquée du côté droit; les lèvres tombantes laissent couler de la salive; mouvements cloniques des membres; on ne peut le laisser sur une chaise sans qu'il tombe; il se tient sur le plancher; les mouvements désordonnés des mains l'empêchent de manger seul; mais il sait se faire comprendre pour demander des choses simples.

Si une opération de trépanation semblait indiquée, c'était celle-ci ; il semblait évidemment que tous les symptômes de la maladie provenaient de la compression de la matière encéphalique par cet enfoncement limité des os du crâne ; *sublata causa*, *tollitur effectus*. Je vis l'opération, en enlevant par deux couronnes de trépan, les os enfoncés et en complétant l'opération par la section des

deux angles osseux. La plaie guérit par première intention; je n'eus pas une goutte de pus, aucune fièvre; trois jours après, le malade se levait et reprenait sa vie habituelle. Il semblait d'abord aux parents que l'opération avait amélioré son état, que les mouvements étaient moins forts. Je le revis à des intervalles de six mois à un an, la vérité est qu'il se trouvait dans le même état après comme avant l'opération. Il est mort trois ans plus tard de plus en plus idiot d'une maladie intercurrente.

M. Bourneville. — Dans les cas où la crâniectomie semble avoir produit des résultats favorables, on a parlé trop vite; il faut attendre un an ou deux, car l'amélioration consécutive à l'opération est tout simplement due à ce qu'on s'occupe plus à ce moment de l'enfant qui vient d'être opéré. Si l'on s'en était occupé autant avant l'opération, il est probable que, le plus souvent, on aurait obtenu les mêmes résultats. Beaucoup d'observations d'idiots crâniectomisés sont insuffisantes; il faudrait qu'elles contînssent une description complète, très détaillée, de l'enfant, avant l'opération et après l'opération, au bout d'un an, de deux ans, une nouvelle description détaillée comparée à la précédente.

ACCIDENTS CONVULSIFS RÉFLEXES CONSÉCUTIFS A DES TROUBLES DE L'ESTOMAC.

M. Proust (Blois). — Messieurs, les trois observations que j'ai l'honneur de vous présenter, n'ont pas trait à des sujets de médecine mentale, mais peuvent cependant s'y rattacher un peu, puisqu'elles appartiennent à la grande classe des nerveux. C'est à ce titre qu'elles m'ont paru intéressantes à vous communiquer.

Obs. I. — Le 24 septembre 1891, j'étais appelé en toute hâte, à 7 heures du soir, dans l'un des principaux hôtels de la ville pour donner mes soins à un voyageur mourant, me disait-on, d'une congestion cérébrale. Ce malade était un homme de 59 ans, un de

nos distingués confrères de Paris, qui passait en touriste à Blois, accompagné de toute sa famille. Il revenait des Pyrénées, fatigué du voyage et surtout des diverses stations faites sur le parcours dans les villes intéressantes.

Au milieu de son dîner, il fût pris soudain d'une attaque convulsive avec perte de connaissance. A mon arrivée, je le trouvai sur un fauteuil, affaissé, le facies hébété, n'ayant aucune conscience de ce qui se passait, la respiration stertoreuse, saccadée, et présentant sur les régions frontale et orbitaire de nombreuses taches hémorrhagiques sous-cutanées punctiformes, qui éveillèrent mon attention.

Je le fis transporter dans sa chambre dans cet état semi-comateux. Il fut aussitôt repris d'une attaque semblable à la première, dans laquelle il était facile de reconnaître l'épilepsie, tout l'ensemble symptomatique s'y trouvant. La période comateuse ne fût que de quelques minutes et suivie aussitôt du rejet d'aliments parmi lesquels je trouvai un morceau d'aile et un morceau de cuisse de perdreau en entier, n'ayant pas été mastiqués.

Le vomissement terminé, le malade reprit connaissance et je pus le faire coucher en toute tranquillité. Par précaution, je lui fis administrer un lavement purgatif et quelques cueillers de chloral bromuré.

Je revis notre confrère le lendemain matin, la nuit avait été calme : il ne se souvenait de rien, et devant son insistance, je lui avouai qu'il avait eu deux accès d'épilepsie. Jusqu'alors il m'affirma, ainsi que son entourage, n'avoir jamais eu d'attaque ni rien qui put faire songer à l'épilepsie. Aucun antécédent syphilitique. Cinq jours après, le malade partait, sans avoir eu de nouvel accident et depuis aucun.

Cette attaque épileptique m'a paru devoir être considérée comme un réflexe manifestant la souffrance de l'estomac; les morceaux d'aliments agissant comme de véritables corps étrangers.

Obs. II. — Le 5 mai 1892, à 10 heures du soir, je suis mandé dans un hôtel de la ville, dont le chef de salle est en proie à une crise convulsive. C'est un homme très gros, à face rouge, âgé de

35 ans, atteint d'un strabisme ancien, et à qui j'ai déjà donné mes soins pour une dyspepsie flatulente, due à l'injection excessive de boissons alcooliques. Je le trouvai assis, pâle, couvert d'une sueur froide, le regard terne, mais conscient de ce qui venait de se passer. Aussitôt après son dîner, qui, vu son manque d'appétit, s'était composé de salade, il était tombé dans la cour de l'hôtel, secoué par tout le corps de mouvements convulsifs qui durèrent dix minutes, cessèrent avec le rejet des aliments. Aucune suite. Cet homme m'avoua que depuis sept ans, c'était la troisième fois qu'une semblable crise le prenait et chaque fois après le repas et cessant au rejet des aliments.

Ici encore, la crise convulsive me paraît bien être un réflexe stomacal comparable aux convulsions si fréquemment observées chez les enfants, soit à la suite d'une indigestion ou provoquée, par la présence dans le tube digestif d'un corps étranger ou d'helminthes.

Obs. III. — Le 7 février 1891, à 7 heures du soir, passant au village de Saint-Gervais, près Blois, je fus prié par un jardinier, de voir sa femme mourante, disait-il.

Depuis vingt minutes environ, cette femme était en proie à des contractions douloureuses généralisées à tous les membres. Les membres inférieurs étaient dans la flexion, pieds fléchis, jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies et dans l'adduction. De même les membres supérieurs étaient fléchis et en adduction, le pouce dans la paume de la main. Les muscles de la mâchoire sont contracturés ainsi que ceux du thorax et de l'abdomen, ceux-ci moins violemment. La face est violacée, le pouls petit, rapide, la respiration bruyante, saccadée, le diaphragme seul fonctionne fortement et par son mouvement, imprime des secousses à l'estomac, qui permettent d'entendre à distance, à chaque inspiration, un bruit de clapotage.

Après interrogation, j'appris que cette malade était soignée par mon excellent confrère, le Dr Ansaloni, qui ayant, avec raison, diagnostiqué un cancer du pylore, avec dilatation stomacale secondaire, avait conseillé le lavage quotidien. Or, ce jour-là, la malade ayant manqué d'eau chaude, s'était lavée avec de l'eau froide et

l'eau n'était pas encore complètement expulsée quand elle fut prise de ces contractures. Au bout de dix minutes, la contracture commença à céder en débutant par les extrémités digitales d'abord, au membre inférieur gauche puis droit, puis les membres supérieurs, et enfin le train et la face. En tout, la crise avait duré 35 minutes. Cette femme mourut deux mois après des suites du cancer, et n'avait jamais présenté d'accident semblable.

Cette observation diffère des précédentes quant aux caractères des accidents, mais l'apparition des contractures semble bien n'avoir été qu'une manifestation réflexe de la souffrance de l'estomac, souffrance provoquée par le lavage à l'eau froide.

M. Thivet. — Je prie M. Proust de vouloir bien nous dire s'il s'est occupé de rechercher les antécédents héréditaires des trois malades qui font le sujet de sa communication.

M. Proust. — Je ne pouvais me livrer à cette recherche, en raison du peu de temps pendant lequel il m'a été donné de les observer. Les deux premiers étaient des voyageurs de passage à Blois.

M. Ballet. — Il est fréquent d'observer des attaques épileptiformes dans le cours d'affection de l'estomac, ou chez des malades atteints de tœnia. On admet généralement qu'il s'agit là de phénomènes réflexes; quelquefois cependant, surtout dans les dilatations stomacales, la cause des phénomènes convulsifs peut être une auto-intoxication. Kussmaul, le premier, a attiré l'attention sur les crises épileptiformes des dilatés gastriques.

Quel que soit le mode pathogénique que l'on adopte, il ne faut pas oublier que le plus souvent ces phénomènes convulsifs sont de l'épilepsie vraie, jusque-là latente, qui a été actionnée par le trouble des fonctions stomacales et intestinales. Cela est très important au point de vue pratique, car il peut très bien arriver que les attaques d'épilepsie persistent même après la disparition de la cause qui a provoqué la première attaque: indigestion, tœnia, dilatation de l'estomac, etc.

M. Raymond. — Avant tout, il me semble qu'il y aurait à poser à M. Proust deux questions : 1° A-t-il examiné les urines chez les deux premiers malades ?

M. Proust déclare n'avoir pas fait cet examen.

M. Raymond. — Je n'ai, dès lors, point à insister, car en l'absence de cet examen, il n'y a plus de discussion possible. Le confrère que M. Proust a soigné voyageait depuis plusieurs jours ; il allait en chemin de fer ; il visitait les villes, les monuments. Chacun de nous sait combien ce metier est fatigant par ces temps de chaleur. Or, pour peu qu'il y ait eu, chez le malade en question, un certain degré de néphrite interstitielle, même latente, on conçoit fort bien qu'une première attaque épileptiforme ait pu se produire dans les conditions que je viens de rappeler, d'autant plus que ce malade avait cinquante-neuf ans. Les accidents gastriques et intestinaux qu'a observés notre confrère peuvent s'expliquer également, si l'on admet qu'ils sont d'origine urémique. Je ferai les mêmes réflexions à propos du second malade observé par M. Proust.

Ma seconde question, à laquelle M. Proust a déjà répondu, avait trait à l'âge du malade, car l'âge a une grande importance dans l'espèce. On sait, en effet, qu'il existe une variété d'épilepsie appelée *épilepsie tardive*, en raison de la période de la vie à laquelle se produisent les premières attaques. Bien entendu, je parle des états épileptiques qui peuvent se rencontrer en dehors des causes ordinaires bien connues de cette affection (urémie, saturnisme, tumeurs cérébrales, etc.).

L'épilepsie tardive a les mêmes caractères classiques, la même marche, la même évolution, et elle peut offrir les mêmes complications psychiques que l'épilepsie de l'adolescence ; comme cette dernière, elle est réductible par le bromure de potassium. Malheureusement, jusqu'à présent, nous ne connaissons rien de son étiologie.

Quant au troisième malade de M. Proust, il paraît bien s'être agi, dans ce cas, d'une crise de tétanie consécutive à des accidents gastriques. M. Ballet a eu raison de rappeler à ce sujet le travail

de Kussmaul ; mais il en est un bien plus récent; c'est celui de M. Bouveret (*Rev. de méd.*, janv. et fév. 1892). Ce dernier a une importance capitale, car, pour la première fois on a pu, chez certains malades avec ectasie gastrique, isoler des produits toxiques, agents convulsivants, cause des accidents tétaniformes.

La séance est levée.

Séance du 5 Août (soir).

Présidence de M. Bouchereau.

SOMMAIRE : Séglas (Hystérie avec automatisme dans la période d'aura des attaques; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel, correspondant aux phénomènes d'automatisme). — Séglas (au nom de M. Chaslin de Paris). (Note sur une forme distincte de maladie mentale aiguë, la confusion mentale primitive). Discussion : MM. Ballet, Charpentier, Régis, Séglas. — Bourneville (Du tout à l'égout et de l'utilisation des matières de vidanges dans les asiles d'aliénés). Discussion : MM. Mabille, S. Garnier, Doutrebente, Mordret, Marie. — Giraud et Malfilâtre (Topographie de l'aliénation mentale dans le département de la Seine-Inférieure). — Pierret (Méningo-encéphalite infectieuse consécutive à l'influenza). — Deny (Traitement de l'épilepsie par le Bromure de Strontium) Discussion : MM. Vallon, Deny. — Mabille et Lallemant (Du sulfate neutre de Duboisine dans le traitement de l'aliénation mentale). Discussion : MM. Doutrebente, Mabille. — Marie (Attaques convulsives provoquées par la sonde œsophagienne chez une aliénée hystérique).

HYSTÉRIE

AUTOMATISME DANS LA PÉRIODE D'AURA DES ATTAQUES ; VARIATIONS SPONTANÉES DE LA SENSIBILITÉ ET SURTOUT DU CHAMP VISUEL, CORRESPONDANT AUX PHÉNOMÈNES D'AUTOMATISME.

M. Séglas. — Les phénomènes d'automatisme, de désagrégation psychique sont des plus communs dans l'hystérie et l'on pourrait même dire qu'ils constituent à proprement parler le fond de l'état mental particulier à cette névrose. Parfois ils prennent un développement très-accentué et se présentent alors sous divers aspects, dans des circonstances différentes.

Chez certains malades, on les rencontre dans la période prodromique de l'attaque dont ils constituent en quelque sorte comme l'aura psychique. C'est sur un cas de ce genre que nous désirons appeler aujourd'hui l'attention.

H..., 19 ans, étudiant, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 8 février 1892.

Antécédents héréditaires. — Une tante paternelle a des attaques qui paraissent épileptiques. — La grand'mère maternelle a été aliénée ; un oncle maternel a des attaques d'épilepsie.

Antécédents personnels. — H... aurait marché tard ; étant petit il était pris souvent de terreurs aussi bien le jour que la nuit. Il prétend avoir perdu l'odorat depuis sa naissance. Depuis plusieurs années il est souvent inquiet et éprouve alors le besoin de marcher, de se remuer.

En février 1891, première attaque convulsive avec perte de connaissance à 3 heures de l'après-midi; quinze jours après, seconde attaque à 4 heures de l'après-midi. Rien de particulier depuis cette époque jusqu'au 4 février 1892 où apparaissent les accidents pour lesquels le malade vient nous consulter, et qui déjà s'étaient montrés lors des deux premières attaques qu'ils précédaient, mais moins accentuées comme intensité et comme durée.

L'apparition de ces désordres psychiques a eu lieu le 4 février; voici la relation qu'en fait lui-même le malade :

« *Jeudi soir* (4 février 1892). — L'état dans lequel je me trouve en ce moment ne peut être que le précurseur de quelque grave trouble prochain dans mon individu. J'essaye de le noter, de l'analyser à fond et tant qu'il m'est possible pour pouvoir m'en rendre compte de mon mieux.

Cela a commencé brusquement, sans transition, d'un seul coup. A table, je mangeais d'assez bon appétit; j'étais gai, sans aucun souci sérieux, quand tout à coup j'ai senti un malaise inexprimable s'abattre sur moi, me saisir partout, m'anéantir. J'eus devant les yeux un éblouissement lumineux et obscur tour à tour, auquel succédaient des silhouettes étranges avec des yeux énormes, des figures mystérieuses qui se succèdent les unes aux autres. Une surtout, où donc l'ai-je vue? Je la connais. Mes oreilles tintaient et chaque parole que l'on prononçait ou que je disais moi-même m'arrivait dans un bruissement affaibli en un lointain écho. Ma tête se vidait: il y avait comme un voile noir jeté autour. En vain, tâchais-je de reprendre le fil de mes idées : tout s'enfuyait.

Mais, fait étrange : tandis que mon individu était ainsi opprimé par ce malaise, je continuais à parler et je faisais tous mes efforts pour me ressaisir. L'angoisse que j'ai éprouvée ce soir est bien douloureuse. Ma figure s'est contractée et l'appétit a brusquement cessé au milieu du repas. Mais je me vois agir; je me vois souffrir et la preuve, c'est que je m'a-

nalyse de mon mieux. Que sera-ce donc? J'ai bon sommeil: j'espère que j'en serai quitte pour la peur.

Vendredi matin. — Il est sept heures et je viens de relire ce que j'ai écrit hier soir. Décidément ce n'est pas fini. Après une nuit d'insomnie, je me lève de très bonne heure, la tête en feu.

Je n'ai pas fermé l'œil du tout. A peine couché, la lampe allumée j'ai cru pouvoir m'endormir comme d'habitude et faire ainsi cesser le malaise qui m'étreignait. Pas du tout. Les tourbillons se succédaient plus fréquents, plus fantastiques et dans mon oreille retentissaient des éclats de rire, des coups de marteaux, des sanglots, brusquement, par secousses, me faisant peur à lever la tête et à regarder autour de moi pour m'assurer que personne n'était là ! Ma tête bourdonnait *crescendo*. J'ai eu tout le temps les yeux ouverts. Les silhouettes confuses prenaient une forme, se détachaient en relief sur le fond variant des tourbillons. Il m'a semblé entendre des rires, des respirations haletantes. J'ai vu, les yeux ouverts, des femmes superbes toutes nues qui s'avançaient vers moi provocantes. J'ai vu de jolis garçons qui s'avançaient pour me saisir et qui me posaient la main sur le front, puis se penchaient pour m'embrasser sur la joue et j'avais en ces endroits comme des brûlures de feu, sous ces baisers de femmes et de jolis garçons vêtus en pages des anciens temps. Cela a duré longtemps. Enfin j'ai éteint la lampe, voulant me soustraire à ces visions. Elles ont repris de plus belle, elles me reprenaient, m'enlaçaient et sous leurs caresses, je m'épanchais en pollutions abondantes, prolongées. Il y avait surtout une figure qui me poursuivait, caressante et ardente à la fois, la même que celle qui m'est apparue hier soir. Je la connais pourtant, je l'ai vue. Où ? Comment ! je n'en sais rien. Le jour est venu et les hallucinations n'ont cessé que pour faire place à une affection douloureuse de la vue. Je ne sais pas ; je ne sais pas m'expliquer, je ne trouve pas les termes. Mais il me semble qu'il y a en moi deux personnes: l'une qui agit, marche, parle, mais comme si c'était un autre ; l'autre personne qui regarde agir et faire; mais je ne sais pas trop laquelle des deux est celle qui souffre. Elles se mêlent de temps en temps et pendant que j'écris ceci, je suis obligé de m'arrêter souvent sous l'influence de cette fusion qui brouille mes idées. Je crois qu'il y a lutte entr'elles.

Aujourd'hui je vais suivre mes cours, agir comme si rien n'était ; mais je n'ai envie de rien, ni sommeil, ni joie. Mon visage se contracte malgré moi et reste sombre. Je pleure par larmes convulsives.

(Plus tard). Ah ! mon Dieu ! j'oubliais ou pour mieux dire je ne me souvenais pas. Et mes attaques du collège ! Je m'explique tout. Ce sont ces symptômes qui reviennent, mais plus aigus, plus vifs. J'ai comme un million de fourmis au bout des doigts et dans les pieds ; ma tête passe brusquement, sans cause, d'un froid glacial qui m'entrechoque les dents à une chaleur étouffante qui me mouille le front. Dois-je donc avoir une

attaque aujourd'hui ? Ce médecin du collège ne m'a presque rien dit sur ma maladie, répondant toujours d'une façon évasive aux demandes catégoriques que je lui faisais. Et il est mort! Et il ne m'a pas guéri sans doute. Il ne me manquait plus que lui, mon Dieu! mon Dieu !

Vendredi soir. — Non! je n'ai pas eu l'attaque. J'ai souffert toute la journée. Le sens de la vue m'a fait endurer des douleurs intolérables. Une transition de clartés me faisait une peine aiguë d'autant plus que devant moi passent et repassent les têtes, silhouettes vaguement prononcées ou nettement dessinées! Et toujours, dans toutes les têtes, dès que je les fixe résolûment, je retrouve la même. Est-elle de femme ou de garçon, je n'en sais rien! Ce que je sais, c'est que je la connais! De garçon plutôt, mais fine, douce et belle, avec un cou très long, très gracieux, et me regardant si triste, si triste.

Toute la journée j'ai agi en automate, faisant les mouvements par instinct d'habitude, travaillant au cours, à la bibliothèque, mais très las, d'une lassitude désespérante, sans pouvoir cependant me reposer. Tantôt je m'assiérai là où je suis et je resterai là éternellement avec la figure à l'éternel sourire douloureux devant moi; tantôt je m'élancerai, je dévorerai l'espace sans m'arrêter jamais pour fuir les visions et la clarté du jour.

Et je n'ai mangé que très peu; j'ai rendu presque aussitôt. J'ai rendu mon goûter, rendu ce soir encore. Ma tête se vide peu à peu et les idées galopent. galopent sans que j'en puisse retenir une, si je veux la fixer. Je fais un grand effort en écrivant ceci et j'appelle à l'aide ma seconde personne, l'autre, celle qui regarde agir pour maintenir la première. Elle n'est pas toujours victorieuse, hélas! Vais-je dormir cette nuit? Je vois mes mains, mes bras, mes pieds se mouvoir comme ceux d'un autre. Tout à l'heure, j'ai changé la chaise de place. J'ai vu une main qui tenait un barreau : j'ai eu peur. C'était la mienne et je l'ai regardée fixement sans pouvoir détourner les yeux. J'ai voulu la lâcher, il a fallu que je détournasse avec peine ma vue de dessus pour que mes doigts se détachassent. Je n'ai pas sommeil, pas faim non plus. Que vais-je faire cette nuit? Et les symptômes qui continuent toujours. Au collège c'était plus vite fait. Une journée de malaise, puis elle arrivait. Un grand cri, de la mousse aux lèvres, tremblement nerveux nécessitant des hommes pour me retenir; une heure, cela durait. Puis après anéantissement complet, sanglots convulsifs et repos de deux jours. Si cela m'arrive cette fois, que sera-ce ?...

Samedi matin. — Pas dormi non plus! Hallucinations de plus en plus fortes. Pollutions. Je rêve les yeux ouverts, des mêmes objets. Seulement cette nuit, les fantômes formaient une ronde et j'entendais très bien les chants; lesquels, je n'en sais rien; une ronde qui m'enserrait, m'enlaçait et m'étourdissait. Puis femmes aux formes puissantes et gar-

çons aux mines délicates venaient m'exciter, me chatouiller, moi qui suis vierge encore de toute femme... Et les pollutions se sont faites très nombreuses.

Ce matin j'ai la vue plus claire, les silhouettes plus vagues; mais l'oreille me fait souffrir horriblement. Le moindre son m'énerve et fait vibrer mon cerveau. Je vais agir ainsi comme les autres jours; que cela arrive enfin !

Samedi soir. — Pas d'attaque encore! cela ne finira donc plus. J'ai rendu trois fois dans la journée aujourd'hui et j'ai souffert horriblement de l'ouïe. Tout bruit m'endolorissait le cerveau qui bout ce soir comme si mon crâne contenait une mer de feu, de plomb liquide dont les vagues se heurtent. J'ai entendu des voix, mon nom prononcé plusieurs fois par une voix que je connais mais sans pouvoir dire à qui elle appartient. Est-ce celle de cette physionomie qui me regarde toujours. J'en vais devenir fou. J'étends les mains souvent comme pour la saisir et si elle était là, je crois que je l'étranglerais pour en être débarrassé. Mais non! Je la prendrais ou le prendrais et l'emporterais bien loin, bien loin.

Dimanche matin. — J'ai divagué hier soir; cette nuit, ça a continué comme d'habitude, pas de sommeil, et les hallucinations toujours!! Ce matin l'œil et l'ouïe me font mal, mais cependant qu'isolés. J'ai des fourmillements plus prononcés aux doigts, au bout des pieds et à la nuque. La tête me fait mal surtout au milieu en haut et aux deux coins. J'ai des tremblements dans les jambes, des secousses qui me font hausser convulsivement l'épaule droite, des picotements aux yeux. Cette nuit j'ai bien pleuré durant deux heures continuellement, sans pouvoir m'arrêter. J'ai vu des figures tristes, tristes surtout la même et les pollutions sont venues quand je pleurais. J'ai ouvert un livre vers minuit pour me distraire. Je n'y voyais que du rouge et du bl nc ou réciproquement; des phrases entières sans sens aucun; à m'y tromper au point de passer la main dessus pour l'effacer. L'automatisme continue de plus en plus chez moi. La division des individus s'opère mieux en moi et plus distincte. Laquelle souffre ? Je crois que c'est celle qui voit agir ou plutôt je n'en sais rien.

Mon Dieu, quand donc s'arrêteront ces pages? Qu'arrivera-t-il enfin? Demain j'irai à la Salpêtrière comme on me l'a conseillé, aujourd'hui je vais me reposer.

Dimanche soir. — Je n'ai eu ni moins, ni plus de mal. Je me suis forcé à sourire, à être gai, à causer : on disait qu'il fallait réagir. Bien ! contre qui réagir ? Contre moi ? Et la force ? J'ai déjà deux individus, l'un qui voit et l'autre qui fait. Si je devais me tertialiser encore en un troisième pour réagir sur ces deux et les unir, je ne sais pas ce qu'il arriverait de moi. De plus en plus ma tête se vide. Les idées se font chercher, s'envolent, passent en tourbillon dans mon esprit qui ne peut les ressaisir. Et pourtant, j'écris. Comment fais-je ? Je n'en sais rien. Je

traîne une mine à faire peur. Et toujours, toujours la même silhouette, les mêmes visions, les paroles prononcées distinctement à voix basse, mais distinctement encore une fois et me faisant retourner avec un inexprimable serrement de cœur. Pourtant aujourd'hui je n'ai pas fatigué mes sens, je suis resté en repos. Justement, ce repos me paraît insupportable. Je voudrais marcher, aller toujours de l'avant. Je n'ai presque plus conscience de ma personnalité. Si cela continue, je vais devenir fou! ou brute ! Et le pire est que j'analyse très bien mes sensations, mes émotions et que je m'en effraie et je m'en réjouis tour à tour. Enfin il y a en moi un terrible amalgame d'idées, de sensations, de faits, de gestes : je n'explique plus rien. Et toujours je rends ce que j'ai mangé... Ce soir j'espère dormir : je sens que j'ai besoin de manger et de reposer. Un peu de sommeil, mon Dieu !

Lundi matin. — Je n'ai pas dormi. Cette nuit j'ai été presque gai et j'ai ressenti des voluptés infinies, très douces ; il me semblait vivre hors de la terre. Je ne me rappelle plus bien, pourtant j'ai veillé tout le temps. L'hallucination, la vision continue toujours. Cette nuit j'ai vu peu de femmes, surtout des garçons aux formes idéales qui veillaient sur moi, m'embrassaient très tendrement, me berçant. La figure amie était presque gaie elle aussi. Mais j'ai eu des pollutions avec de violentes douleurs de côté.

Ce matin je suis faible, faible, je vais voir le médecin à la Salpêtrière. Quatre jours sans manger ni dormir. Les sens de la vue et de l'ouïe me font mal, mais moins que séparément. Ma tête est très lourde et très vide. On dirait que chaque sensation y résonne comme dans un récipient de cristal. J'ai des tressaillements aux doigts, ainsi que des fourmillements. J'agis toujours et de plus en plus presqu'inconsciemment.

Quand cela s'arrêtera-t-il? Qu'est-ce donc? Enfin je vais le savoir aujourd'hui. Qui donc m'ôtera mes visions, mes fantômes? Je suis très surexcité, très inquiet ce matin. J'ai peur de tous. Que suis-je ! Ma double personnalité est ce matin bien distincte. Que vais-je dire au médecin? Ne se rira-t-il pas de moi ? Oh non !

Seulement ce matin je suis plus calme, pas quant aux impressions, mais quant aux idées ; je les retiens un peu. La vision ne m'obsède plus tellement, quoique présente : je m'y suis habitué. Les bruits sont continus et ne me font plus sursauter. Je pourrai m'expliquer avec le médecin. Je suis résolu à laisser le mal suivre son cours et à me raisonner si je peux ; et je le crois vu que le second individu semble prendre le dessus.

Lundi soir. — Ma tête est plus lucide. La situation est la même, mais je raisonne plus calme, plus réfléchi. J'ai vu le médecin. Il m'a bien compris, j'avais eu peur qu'il ne se moquât de moi. Seulement, mon esprit se tendait très fortement durant tout le temps que durait la visite

et j'ai senti que si elle durait davantage je n'aurais plus pu continuer. Ma tête éclatait et une torpeur graduelle m'envahissait, somnolente et lasse.

Sous l'influence bienfaisante de la douche j'ai senti un grand bien être ; une sensation délicieuse de froid qui m'a calmé. Je suis sorti un peu reposé, mais toujours brisé un peu.

Aujourd'hui j'ai pris le bromure, j'ai rendu trois fois... Les affections des sens ont continué, mais j'y suis habitué et elles ne m'angoissent plus autant. Je distingue mieux maintenant. Il y a deux personnes, la première qui parle, agit, marche ; la seconde qui regarde faire mais souffre. Les deux se combattent, c'est pourquoi tantôt je suis gai, tantôt morose : un peu moins cependant aujourd'hui. Dans la journée j'ai fait mon possible, surtout ce soir, pour paraître gai, dégagé et chasser toutes les importunes préoccupations. Cet effort m'a tendu l'esprit qui l'était déjà assez sans cela. Je ne suis presque plus surexcité : je me vois aller sous mes deux phases...

Dormirais-je cette nuit ? Je le crois, car il vente, il pleut et ceci à l'art de me bercer et de m'endormir.

Les visions vont toujours, et parmi elles naturellement la principale.

Je cause ; je raisonne et l'on ne se doute pas qu'en même temps j'ai des sensations tout à fait différentes de celles produites par le lieu où je me trouve. On ne se doute pas que j'ai devant les yeux des tourbillons, des hallucinations dans l'oreille, des bruits, des chants tristes ou harmonieux, des sons de cloches funèbres ou argentins très gais ; dans mon esprit des revirements subits d'idées. Seulement comme ces phénomènes sont constants, ils n'ont plus une influence aussi brusque sur moi et je les vois se succéder en même temps que j'entends ma voix répondre, que je sens mon esprit chercher ses réponses, mes mains agir : tout un tas de phénomènes chez moi et chez les autres que je constate à travers un autre moi.

L'état est latent. Passera-t-il ? Les bonnes paroles de mon médecin ont réconforté mon premier moi qui tâche de raisonner et de surveiller le second. Je me dissèque mieux ce soir, plus calme quant aux idées. La flamme de la lampe qui brûle devant moi change tour à tour et très distinctement de couleur : elle est verte maintenant.

J'espère bien dormir et j'en serai si heureux ? Mais je ne me surexciterai pas plus et attendrai patiemment que mon *primus* pourra commander à mon *secundus*, la fin de ce chaos où je me perds : car je ne suis plus H... vrai !! je suis le moi du non-moi... Cet autre non-moi de Fichte et je me fais à cet état : je crois que je pourrai l'endurer tant qu'il dure pourvu cependant que cela ne dure pas trop.

Signe particulier : j'ai dans la bouche un goût très prononcé de sucre liquide. Quant aux odeurs, je ne peux en étudier les sensations, vu que j'en suis presque privé depuis ma naissance. Mes mains me semblent très légères et mes pieds aussi. Je m'endormirai volontiers ainsi, toujours avec ces bruits qui commencent par ne plus me déplaire et ces visions, sur-

tout ce profil qui me regarde toujours avec un œil caressant et son sourire un peu triste : quelqu'il soit celui-là, il peut se vanter de m'avoir obsédé. Je le hais et cependant maintenant je regretterai de le voir disparaître. Chose folle ! je commence à aimer une chimère. J'ai des élancements dans la nuque et au haut de la tête.

Mes yeux semblent se fermer. Si je dors, ma guérison ou plutôt le réveil de l'état où je me trouve ne se fera pas attendre longtemps. »

Le 11 février, vers 5 heures du soir, le malade qui était toujours dans le même état d'automatisme, a perdu connaissance presque subitement : les bras se sont raidis, l'index infléchi dans la paume de la main ; petites secousses dans les membres ; à un moment, il a élevé doucement le bras droit comme s'il se détirait. La figure reste normale, plutôt rouge, pas de morsure, d'écume, de miction involontaire. Pendant tout le temps, il marmotte des mots incompréhensibles. Il paraît avoir eu plusieurs attaques semblables pendant une heure. Puis il dort environ un quart d'heure, et recouvre ensuite connaissance très vite, seulement il est très fatigué. Il n'a gardé aucun souvenir de cette attaque. (Tous les renseignements qui concernent ces attaques nous ont été fournis directement par des témoins.) A la suite de l'attaque tous les phénomènes d'automatisme sont complètement et brusquement disparu : il en est de même des vomissements.

Le 13 mars, le soir après le dîner, nouvelle attaque. Le malade était sombre depuis plusieurs jours ; sans présenter les mêmes symptômes que l'autre fois, il se plaignait de ne plus avoir ses idées à lui. La nuit précédente il s'était retrouvé debout devant sa fenêtre, s'étant levé inconsciemment pour fermer, ayant cru, dit-il, qu'elle était ouverte. Le 13, après son dîner, il fut pris de vomissements et l'attaque survint subitement. La tête se tourne vers l'épaule, petites secousses, raideur dans les bras et les jambes, puis mouvements de tout le corps : il crie tout le temps, mord son oreiller ; pas de morsure de la langue, miction involontaire. Il s'endort en quelques minutes après avoir dit : « Ah ! je suis un homme perdu, cela recommence » et avoir pleuré abondamment. Il s'est couché et a eu alors un peu de délire, prononçant des mots incohérents. Amnésie absolue. Pendant les deux jours suivants, il s'est plaint d'avoir les jambes coupées et mal dans la nuque.

Après l'attaque, il dit avoir recouvré de suite la netteté de ses idées, il se plaignit d'avoir de la difficulté à s'exprimer, ne trouvant plus ses mots. Cela semble avoir été de l'amnésie verbale motrice d'articulation, car il dit alors : « avoir le mot dans l'esprit devant les yeux ou même dans l'oreille, mais ne pouvoir arriver à l'articuler qu'après des efforts. » Cela dura une huitaine de jours.

H... revient nous trouver le 2 avril le matin, se plaignant des mêmes phénomènes psychiques que lors de sa première attaque mais cependant sans hallucinations, pollutions nocturnes. La lutte entre les deux personnalités est beaucoup moins distincte, il dit ne pas pouvoir rassembler aucune idée, il perd la mémoire de tout, ses idées lui échappent, il ne sait pas ce qu'il vient de faire à quelques minutes de distance ou ce qu'il va faire. Il se plaint d'être abruti, de ne plus penser, de ne pouvoir fixer son attention sur rien ; il ne comprend qu'avec de grands efforts ce qu'on lui dit; perd les mots, interrompt les phrases ; il se met à remuer, à marcher automatiquement « comme un hébété » sans savoir où il va, se demandant par instants ce qu'il est en train de faire ; la veille, il est sorti se promener dans la campagne sans savoir ce qu'il faisait, où il allait ; ennui profond, découragement, peur de devenir fou, idées vagues de suicide. Il vomit presque tout ce qu'il prend, il ne dort qu'avec du chloral.

Cet état s'accentue jusqu'au 5. Le soir de ce jour, à 6 heures 1/2, il est pris de vomissements qui sont suivis d'une attaque : petites secousses, raideurs, tendance à l'arc de cercle, cris, miction involontaire. Durée d'un quart d'heure. Amnésie complète. Tout de suite après il se remet à causer. Une heure environ après, nouvelle attaque qui s'est accompagnée d'un délire ayant duré environ trois quarts d'heure pendant lequel on fut obligé de le maîtriser.

A la suite de cette attaque, la tête redevient absolument libre, il se sent maître de ses idées, de sa mémoire, de ses actes. Il est très gai : les vomissements ont disparu. Le sommeil est redevenu normal.

Examens de la sensibilité. — Le 8 février (avant l'attaque et pendant la période d'automatisme) hypoalgésie notable du côté droit. Sens musculaire et articulaire conservé, mais cependant plus obtus de ce même côté : il y a une sorte d'hésitation et, pour

déterminer la position de ses membres, le malade est en quelque sorte obligé d'y faire quelques contractions volontaires.

Zones hypéresthésiques aux deux testicules, dans les fosses iliaques : la pression sous le sein gauche ou sur le rachis entre les deux épaules détermine de la suffocation : la pression sur le vertex provoque des bourdonnements et si l'on insistait déterminerait à coup sûr une attaque.

Diminution du réflexe pharyngien.

Rétrécissement concentrique, très notable du champ visuel, surtout à droite (45°). Rien de particulier à noter pour la vision des couleurs.

La sensibilité des téguments de l'œil est un peu diminuée, surtout à droite.

Rien de notable du côté de l'ouïe, du goût ; l'odorat est obtus des deux côtés.

L'estomac est très distendu : clapotements considérables ; renvoi de gaz sentant l'œuf pourri.

Le 15 février (après l'attaque.) La diminution de la sensibilité à la douleur, et du sens musculaire, bien qu'existant encore à droite, est bien moins manifeste. Persistance des zones hypéresthésiques.

Le champ visuel est très élargi, de 30° environ, presque normal ; les téguments de l'œil plus sensibles.

L'estomac est très rétracté : ses dimensions sont normales.

Ces mêmes variations de la sensibilité pendant la période prémonitoire de l'attaque et après l'attaque ont été constatées à nouveau les 5 et 7 avril. Elles sont surtout apparentes pour le champ visuel, qui s'est élargi de 50° environ après l'attaque, revenant alors à la normale. Il est à noter d'autre part que le champ visuel est d'autant plus rétréci que les phénomènes d'automatisme sont plus développés, et que l'on observe le malade à une période plus proche de l'arrivée de l'attaque.

Réflexions. — Les différents détails de cette observation démontrent surabondamment que notre malade est un hystérique.

Deux faits sont surtout à relever, la nature de l'aura, des attaques, et les modifications parallèles de la sensibilité.

L'aura consiste ici dans des désordres intellectuels particuliers

se résumant en un état d'automatisme psychologique très net, une sorte de dédoublement de la personnalité, l'existence d'une double conscience dans le même temps.

Nous savons aujourd'hui que la caractéristique de l'état mental ordinaire des hystériques consiste dans un rétrécissement du champ de conscience. Les différentes anesthésies, que peuvent présenter ces malades, ne sont que des anesthésies par perte de conscience. En fait les sensations se produisent, mais n'entrent pas dans le domaine de la perception personnelle, restent étrangères à la personnalité principale du sujet. Le degré d'étendue des anesthésies représente en quelque sorte un degré parallèle du rétrécissement du champ de conscience.

D'un autre côté alors qu'il semble qu'un sujet hystérique ne perçoive pas certaines excitations sensorielles, elles ne restent cependant pas sans effet ; elles peuvent même produire un ensemble de réactions intelligentes qui comme l'excitation initiale demeureront étrangères à la conscience du sujet et formeront à l'occasion une seconde personnalité plus ou moins développée.

L'amnésie, la suggestibilité, les actes inconscients des hystériques trouvent ainsi leur explication.

Ce sont là des faits que des expériences récentes ont mis en lumière et sur lesquels nous n'avons pas à revenir. Pour plus amples développements nous renverrons aux volumes récents de M. Pierre Janet et de M. A. Binet.

Chez notre malade, même dans les périodes où il se trouve dans son état normal, il y a déjà cependant un certain degré de rétrécissement du champ de conscience, constatable par l'existence chez lui de troubles de la sensibilité, d'un certain degré d'anesthésie, diversement répartis. Certaines impressions, notamment tactiles ou kinesthétiques restent chez lui à l'état de sensations simples, ne pénètrent pas jusqu'à la perception personnelle, ou ne sont que difficilement, confusément, perçues : elles restent à l'état subconscient.

Cela s'accentue encore avant les attaques, les impressions tactiles ou kinesthétiques arrivent encore en moins grand nombre jusqu'à la conscience : et de plus ainsi que l'indique le rétrécissement considérable du champ visuel, les notions qui peuvent être

acquises pour la conscience à l'aide de ce sens sont en nombre de plus en plus restreint.

Toutes ces notions cependant ne sont pas perdues : si elles ne s'incorporent pas à la personnalité individuelle, elles concourent à former à côté d'elle une sous-personnalité coexistante, subconsciente, donnant au malade la notion de deux êtres distincts en lui, ou comme il le dit d'un moi et d'un non-moi.

D'ailleurs ces défaillances de la perception personnelle sont à ce moment beaucoup plus accentuées qu'on ne pourrait le croire par un examen objectif. C'est ainsi que cet examen ne nous révèle qu'une diminution, considérable il est vrai du sens musculaire, alors que dans son récit, le malade un jour ne reconnaît pas sa main qui tenait une chaise. Tout cela n'a rien d'étonnant ; lorsqu'on examine le malade, on attire forcément son attention, on le place en état d'attention expectante, et cela seul suffit pour augmenter pour un moment l'étendue du champ de conscience, et pour incorporer ainsi à sa personnalité un certain nombre de notions. Abandonné à lui-même au contraire et par suite même de son état de désagrégation psychique, son attention se trouve divisée, il se trouve en état de distraction et les acquisitions de la conscience première se trouvent restreintes d'autant. Ces faits n'ont rien de particulier d'ailleurs et la diminution de l'anesthésie, sa disparition pour un temps chez les hystériques sous l'influence de l'attention a été mise en lumière par bien des expérimentateurs.

Un autre fait à noter dans cet état d'automatisme c'est la fuite des idées et les hallucinations. Le malade n'est plus maître de ses pensées, les opérations de la synthèse mentale se font difficilement et lui sont presque impossibles. En revanche les associations d'idées se font rapides, multiples comme dans un rêve. En même temps les centres sensoriels corticaux s'émancipent et par suite de l'état d'éréthisme dans lequel ils se trouvent, nous assistons à la production d'hallucinations. C'est là un fait qui justifie pleinement les vues émises avec tant de talent par Moreau de Tours dans son livre sur le haschich.

Il en est de même de certains actes automatiques, succédant à des impressions non perçues par la conscience personnelle et qui semblent au malade presque étrangers à son propre individu.

Il faut remarquer encore certaines dispositions morales, certai-

nes idées en rapport avec la division de conscience, l'amoindrissement de la personnalité. Telles l'ennui, la crainte d'être fou, des idées de mort, de suicide ; habituelles aux délirants mélancoliques chez qui aussi elles traduisent un amoindrissement du moi.

Il est à noter que cet état de désagrégation psychique s'aggravant à mesure qu'avance l'attaque, le malade lutte au début, mais plus tard, à mesure que l'état de désagrégation psychologique s'accentue il est complètement dominé par les phénomènes d'automatisme. Son champ de conscience semble se rétrécir de plus en plus jusqu'à se réduire à 0 au moment de l'attaque où il perd complètement connaissance, et qui par suite ne laisse chez lui aucun souvenir.

D'un autre côté il semble que chez lui cette attaque joue le rôle d'une crise favorable. A la suite, en effet, la conscience est revenue ce qu'elle était à l'état normal. et l'examen même objectif des différents modes de la sensibilité dénote alors un élargissement considérable du champ de conscience.

Tels sont les faits sur lesquels nous désirions attirer l'attention. Les phénomènes d'automatisme, prémonitoires d'une attaque nous ont paru assez curieux pour mériter d'être signalés ; ainsi que la coïncidence des variations parallèles de la sensibilité dont la détermination exacte et très frappante peut surtout être faite par l'examen objectif en ce qui regarde le sens de la vue. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant à ce que les anesthésies, symptômes d'un rétrécissement du champ de conscience augmentent chez un hystérique dans les périodes d'automatisme ou la désagrégation psychique qui fait le fond de la maladie tend à s'accentuer : car ce sont en fait des phénomènes de même nature.

Les variations *spontanées* de l'anesthésie sont des plus intéressantes ; mais on ne peut les constater et les étudier qu'à l'aide d'une observation continue et très attentive. Dans le cas même que nous venons de rapporter, il y a bien des lacunes de détail, mais nous ne pouvions guère faire mieux pour un malade qui ne faisait que se présenter irrégulièrement, de temps en temps, à notre consultation externe.

Ces difficultés d'examen expliquent sans nul doute la rareté des observations que l'on peut trouver à ce sujet. Il en est une que nous avons recueillie dans nos recherches et qui présente

signalée des variations spontanées analogues de la sensibilité. Elle est dûe à M. Charcot qui en octobre 1890 présentait à sa clinique un malade qui était tourmenté de temps en temps, par des périodes d'attaques qui duraient dix à quinze jours, périodes qui étaient annoncées par une série de phénomènes d'ordre général très curieux : inappétence, embarras gastrique, etc. Au bout de deux ou trois jours de malaise, apparaissait une hémianesthésie droite qui était l'indice certain que les attaques allaient éclater : sa disparition indiquait également le retour à l'état normal.

En ce qui concerne les variations du champ visuel en rapport avec des attaques, elles se rencontrent surtout lorsque celles-ci sont de nature épileptique; mais alors suivant une marche inverse, le rétrécissement se présentant après l'attaque. Il existe cependant une observation de Heinemann (*Virchow's archiv. B d CII, Hept 3, 1886*) dans laquelle au contraire le rétrécissement en question précède l'accès épileptique à titre d'aura et cesse après lui. C'est en somme ce qu'on voit chez notre malade, mais chez lui, bien que nous n'ayons pas assisté aux paroxysmes convulsifs, la description donnée par les témoins, l'examen des stigmates signalés nous semblent démontrer qu'il ne s'agit pas de convulsions épileptiques mais bien hystériques.

Nous aurions pu sans doute pousser plus loin l'étude des phénomènes d'automatisme chez notre malade et il est bien certain que l'expérimentation eut pu nous révéler quelques autres particularités intéressantes. Mais toutes les recherches expérimentales dirigées dans ce sens ont pour effet immédiat d'accentuer et aussi d'installer la désagrégation psychologique. Aussi dans ce cas où les symptômes paraissaient, être à leur début, se présenter d'une façon transitoire, alors que le malade venait avec confiance solliciter nos soins, nous avons pensé qu'il était de notre devoir de médecin d'éviter toute recherche, fut-elle de premier intérêt au point de vue scientifique, si elle pouvait être dommageable à notre malade et nous borner à recueillir les faits d'observation spontanés nécessaires pour déterminer l'état pathologique du sujet et les mesures de traitement qui pouvaient lui être utiles.

NOTE SUR UNE FORME DISTINCTE DE MALADIE MENTALE AIGUE, LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE.

M. Séglas, lit au nom de M. Chaslin, la note suivante :

Messieurs, l'année dernière j'ai eu l'occasion d'étudier à Bicêtre un aliéné qui m'a paru présenter quelque intérêt à cause de la forme spéciale de maladie dont il était atteint et sur laquelle je voudrais vous présenter quelques considérations.

Voici l'observation que je dois à l'obligeance de M. Deny et pour laquelle je le prie ici de recevoir tous mes remerciements.

Observation. — Q... (Auguste), 35 ans, estompeur, entré à Bicêtre le 23 mai 1891, service de M. Deny.

Antécédents héréditaires (renseignements fournis par son frère). — Père mort à 42 ans d'une affection cardiaque ; mère bien portante; deux enfants : 1° garçon de 39 ans, bien portant ; 2° Auguste, notre malade.

Antécédents personnels. — Absolument rien à signaler dans son enfance et jeunesse. Il a fait neuf mois de service militaire. Il y a cinq ans aurait eu la syphilis (plaques muqueuses dans la gorge, alopécie, éruptions cutanées, etc. ?); la même année, dans une rixe, a fait une chute sur la tête.

Il n'aurait jamais eu d'habitudes alcooliques, d'après ce qu'affirme formellement son frère ; n'est pas marié, vit avec une femme, est bon ouvrier (estompeur) et n'aurait jamais été malade ; il avait pris, à partir de la trentième année un certain embonpoint.

Dans le mois d'avril 1891 il aurait fait des excès sexuels, au dire de son frère, qui y rattache la maladie; il avait passé un mois entier chez sa maîtresse, en ayant eu la possibilité par suite de circonstances particulières, tandis qu'il ne faisait habituellement qu'aller la voir. Il commençait à maigrir, à être énervé, s'emportait facilement; mais, dit son frère, ne faisait pas abus de boisson ; il dormait fort mal. C'est le 7 mai 1891, pour la première fois, qu'il s'est plaint d'être mal à son aise; il était plus loquace qu'à son habitude et avait l'air inquiet ; néanmoins a continué à fréquenter l'atelier jusqu'au 19.

Il a été voir un médecin le 7.

Le dimanche 17, il a été très gai, puis s'est mis à pleurer sans motif. Depuis quelque temps déjà il se plaignait d'avoir mal à la gorge; aussi le lundi il s'achète des pastilles Géraudel. Le lendemain il se plaint toujours de la gorge; il se sent les jambes lourdes et il craint de tomber malade, il éprouve des sensations désagréables dans l'abdomen. Le jeudi 21 il va se promener avec sa maîtresse, ne peut dîner; il rentre chez lui en criant : « Je me meurs, j'étouffe, un médecin » ; chez lui, il continue à se montrer très excité; il demande un chirurgien, disant qu'il avait un abcès au cou, qu'il avait très mal à la gorge, que le sang l'étouffait. Voyant qu'on ne l'écoutait pas, il s'est emparé d'un tire-bouton avec lequel il s'est fait une légère blessure au cou.

C'est alors qu'on l'a conduit au Dépôt, puis à Sainte-Anne et vingt-quatre heures après à Bicêtre.

État à l'entrée (23 mai 1891). — Le malade offre un tel état d'excitation intellectuelle qu'il n'est pas possible d'obtenir de lui le moindre renseignement. Il parle à voix basse et d'une façon indistincte, il fait avec ses mains des mouvements coordonnés qui paraissent être des mouvements professionnels. Physionomie égarée. Placé en cellule, le malade ne reste pas un instant en place, de temps à autre il s'approche du mur et paraît entendre des voix et voir des personnes auxquelles il répond, mais il est impossible de saisir le sens de ses paroles. Les mots qui reviennent le plus souvent sont ceux de : « Copahu, M. Murat, non je ne veux pas. » Il ne veut pas rester dans son lit, qu'il bouleverse continuellement.

Mai. — A la fièvre depuis son entrée; les 25, 26 et 27, comme il a près de 40°, le soir on lui applique le drap mouillé; pupille gauche très contractée, presque punctiforme, pupille droite moyennement dilatée; toutes deux réagissent normalement à la lumière et s'accommodent aux distances. Œdème des membres inférieurs, il urine souvent dans son lit.

On ne trouve rien au cœur ni aux poumons.

Plusieurs fois on a noté que les paroles s'associent par assonances(1).

(1) Paroles prononcées par Q..., le 29 mai, de une heure quinze à deux heures de l'après-midi :

Ah ! nous sommes en retard (grimpe sur la fenêtre)... Descend de la fenêtre (se frotte les mains en dansant et veut m'embrasser.)

Zéro... estropié... salut... bon... ha ! je suis rasé. Oui, oui, c'est ça, nous avons l'honneur. Veux-tu le savon, il est bon... la parapluie ha. — Oui, demain matin après l'aiguille, pas de piqûre. Attend... cassez le bout... battu, content, ficelle, épatant la mère Durand c'qu'elle l'avait grand... Turlututu, chapeau pointu, coton écru... Henri IV.

Il en faut quatre, trois, deux, un et un partout, tout cru, ha ! le client... à la vapeur... Il y en avait qui étaient ouvertes... bon cœur... pratique... navigue (marchant sur le matelas), ça ne plie pas comme le jambon, je suis d'aplomb.

Tremblement fibrillaire des muscles des lèvres, pas de trouble appréciable de la parole, pas de troubles de la motilité, pas de signes de paralysie ou de spasme quelconque ; sensibilité à la piqûre émoussée.

Pendant plusieurs jours, le malade refuse à toucher aux aliments solides; il boit du lait, du vin, du bouillon.

Pas de sommeil.

Juin. — Son état a duré jusqu'à la mi-juin sans changer de caractère; il a maigri considérablement depuis son entrée. La fièvre depuis le 1er juin ne dépasse pas 38°,5 le soir. Le malade est perdu dans son rêve(1); il n'est possible de fixer son attention que pour un instant ; il ne répond rien aux questions; il reste couché ou se promène dans sa cellule; il fait souvent des gestes incohérents ou il essaie de grimper aux murs capitonnés de la cellule; on saisit par ces paroles qu'il croit construire une maison; d'autres fois il répète continuellement avec les mains les gestes que font les estompeurs. Il y a des moments où il est très agité; il a démoli sa cellule à plusieurs reprises. A partir de cette époque, l'excitation a été interrompue de temps en temps par quelques heures de demi-lucidité pendant lesquelles ce malade répondait assez bien aux questions, se rendait compte vaguement du lieu où il était en même temps que de son état maladif. Dors la nuit pendant plusieurs heures.

Juillet. — On note des alternatives d'excitation et de dépression; dans ce dernier état le malade est relativement lucide. mais c'est toujours l'excitation intellectuelle qui domine. A diverses reprises il a déchiré le capitonnage de sa cellule. Il n'y a plus de fièvre.

Août. — Est resté une fois trois jours dans son lit sans bouger ; il a arraché le capitonnage. Il est plus calme; il reste sur un banc dans la cour sans bouger ou debout faisant des gestes automatiques souvent de son métier avec les mains; il répète des mots sans suite; plusieurs fois à la visite il a été noté qu'il *répétait plusieurs fois de suite avec effort un mot en le dénaturant*, par exemple ainsi: *brillant, boyant, bayant, brillant*, etc., il a le masque hébété et indifférent. Il se laisse conduire docilement.

Je suis aux poids et mesures... Trois épiciers pourriture... Ces lentilles d'abord, épinards après... moulin à vent... vat... Comme un vieux soldat, la musique y a pas de danger. C'est ouvert... vas-y... chocolat... court, court... pantalon. . piel au c.l... fil écru, coton... bas de laine... pas d'erreur... aiguille... Angélique la putain... vermicelle, oseille... ma mère est marchande de couleur, elle voulait en vendre... chauffe le chocolat. C'est bon du rapé... moule d'acier, vase de cuivre... ça commence à sentir... tu ne diras rien, c'est une aiguille perdue... mais non... c'est des pommes... ah ! Bagnolet... tout seul... ça y est... vendu.

(1) Il impossible, on le comprend facilement, de donner une description plus exacte de son état intellectuel, puisque le malade ne dit que quelques mots incohérents et qu'on ne peut obtenir de réponses.

Œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes. Mains froides et cyanosées.

Septembre. — Même état.

Octobre. — Le malade est beaucoup plus calme, mais il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il ne parle jamais que quand on l'interroge et ne répond guère que des monosyllabes. Il n'a aucune notion du temps depuis lequel il est à Bicêtre et ne paraît se souvenir de rien. Il ne sait pas pourquoi et comment il y est venu. Mauvaise tenue.

Janvier 1892. — Actuellement, et cela depuis déjà plusieurs mois, Q... mange très bien ; il a du reste engraissé d'une façon notable après avoir maigri dans les premiers jours qui ont suivi son internement.

L'état de ses pupilles est absolument le même qu'à son entrée : pupille gauche punctiforme mais contractile.

Pas d'embarras de la parole.

La force musculaire est assez bien conservée.

Les mains sont froides et cyanosées.

Avril 1892. — Q... est très tranquille ; il aide à laver la vaisselle ; il ne sait pas où il est ; il se croit à Sainte-Anne ; il ne sait pas qu'il a été malade ; il ne se rappelle pas depuis combien de temps il est dans le service, il croit cependant que c'est depuis six ou sept ans ; reconnaît mal le médecin et le surveillant qu'il voit partout tous les jours et qu'il prend pour d'autres.

Il a toujours l'inégalité et le rétrécissement pupillaires. Aucun symptôme de paralysie générale.

Mai 1892. — Même état intellectuel, pourtant aspect extérieur plus éveillé ; travaille mieux ; il a une tâche un peu plus compliquée dans les salles ; ne peut donner aucun renseignement sur son délire qu'il ignore complètement.

Urine encore quelquefois au lit. A encore engraissé.

Poids	3 juin 1891	57k500
	17 —	54 »
	20 décembre	64 »
	20 mai 1892	74 500

Asymétrie faciale ; voûte palatine irrégulière et profonde ; dents inégales, mal plantées ; crâne très petit, mais régulier. Les testicules sont normaux comme dimension, mais pas comme siège, car ils sont aux anneaux qui permettent chacun l'introduction de trois doigts ; le scrotum est vide.

Les symptômes caractéristiques chez ce malade sont : la confusion mentale complète avec hallucinations constituant un état de rêve, la stupidité constante et demi-stupeur qu'il présente quand l'agitation tombe, un ton émotionnel qui paraît indifférent, des actes et des paroles qui pour une part se rapportent au délire hallucinatoire, et pour une autre part en paraissent indépendants ; la fièvre modérée, la dénutrition sans cause reconnaissable, la cyanose des mains avec refroidissement, l'inégalité et le rétrécissement des pupilles, avec absence complète de signes de paralysie générale ou de méningite quelconque. Il me semble qu'il y a là quelque chose de tout à fait spécial. Pour moi, je crois que l'on ne doit confondre cet état de confusion et de rêve présenté par le malade avec aucune des maladies mentales ordinaires, et M. Deny avait été frappé du caractère tout particulier de cet état.

Dans la manie, quoique par moment le malade puisse avoir complètement perdu l'orientation et le sentiment du monde extérieur, il y a d'abord toujours un parallélisme entre l'état d'agitation motrice et l'idéorrhée, les hallucinations sont rares si même elles existent, l'aspect du malade est particulier ; bref, tout opposé à celui de notre patient (1). Ce ne pouvait pas non plus être de la mélancolie, même anxieuse. La paralysie générale même à marche aigüe, s'accompagne de troubles somatiques plus prononcés, et d'ailleurs la marche de la maladie nous paraît l'indiquer sans que j'aie besoin d'entrer dans plus de détails. Dans ce qu'on appelle le délire des dégénérés il n'y a pas, même dans le « délire d'emblée », une incohérence et un trouble aussi profond de la conscience. Enfin, comme le remarque M. Legrain (2), le « dégénéré » qui délire n'éprouve pas de perturbation dans son état somatique ; il ne maigrit pas ; « c'est d'ailleurs un simple trouble fonctionnel sans retentissement sur la santé générale du malade ; la température reste normale et les grandes fonctions s'accomplissent avec régularité dans le cours de l'accès. » Bien entendu, le diagnostic avec les différents délires systématisés plus ou moins chroniques n'était pas difficile à faire.

(1) M. Legrain (*Du délire chez les dégénérés*, 1888, thèse de Paris, p. 156) donne une observation qualifiée : « Manie chez un dégénéré », mais où il n'y avait pas d'agitation musculaire. M. Magnan appelle ces cas fort rares, dit-il, état maniaque à froid. Cet état me paraît avoir de la ressemblance avec celui que je rapporte.

(2). *Loc. cit.*, p. 132.

Certainement ce malade présentait une grande ressemblance avec un alcoolique ; mais outre les commémoratifs, quoique toujours suspects, la durée et la marche de la maladie ne sont pas les mêmes. Ainsi donc nous croyons pouvoir placer ce cas en dehors des formes admises *actuellement* en France. Je ne parle pas bien entendu ici, de la manie épileptique, ni du délire aigu. Je ne crois pas non plus que, malgré la coexistence de la fièvre on doive en faire un délire fébrile proprement dit, malgré sa grande parenté avec lui, car la température, sauf dans les premiers jours, n'a pas été très élevée, et l'état de confusion a persisté encore plus de deux mois après la disparition de la fièvre. Ce n'est peut-être que dans les tout premiers jours que l'on pourrait, je crois, admettre l'existence d'un délire fébrile. Pour ne rien oublier je dois aussi écarter l'idée d'une affection syphilitique dont les allures, la marche et la pathogénie sont différentes (1), ainsi que la méningite tuberculeuse de l'adulte (2).

Il s'agit donc ici, je crois, d'une maladie spéciale décrite en Allemagne sous la rubrique de *Verwirrtheit* ou d'*Amentia* et qui a été décrite par M. Delasiauve sous le nom de *confusion mentale*. Je crois que l'on pourrait expliquer son développement par une infection, peut-être amygdalienne, car le patient au début s'est plaint de la gorge très formellement et il eut trois fois au début une température vespérale de 40°. Les excès sexuels auraient préparé le terrain ; quoique j'aie constaté des anomalies morphologiques, je ne crois pas que l'on puisse rattacher quand même ce trouble à la dégénérescence, car tout ce que présente le « dégénéré » n'est pas forcément de la dégénérescence. Comme je viens de le dire, M. Delasiauve appelait ces cas *confusion mentale ;* je reprendrai cette dénomination et il me semble opportun de rappeler l'attention sur ces faits connus autrefois, oubliés maintenant en France, par suite de l'abandon des traditions des anciens aliénistes et par suite de l'importance exagérée que l'on attribue à la « dégénérescence ». Ceux-ci avaient en effet décrit la maladie en la confondant, il est vrai, avec d'autres formes. Je citerai Esquirol avec sa démence aigüe, Georget, Etoc, Ferrus, Brierre de Boismont. Mais c'est à

(1) Chantemesse, thèse de Paris 1884.
(2) Voyez Fournier, *la Syphilis du cerveau*, 1879, p. 282.

M. Delasiauve (1) le premier que nous devons une excellente description de ces cas qu'il appelait *confusion mentale*, stupidité, chaos. Il reconnaît que la folie puerpérale revêt le plus souvent cette apparence ainsi que les folies consécutives aux fièvres graves, etc. Il décrit même ce que l'on a retrouvé en Allemagne sous le nom de *paranoïa aiguë*, lorsqu'il montre qu'à la suite de cette confusion il reste certaines impressions délirantes qui survivent à l'amélioration cérébrale et deviennent la base d'une monomanie. Pour le dire en passant, je crois que l'on devrait rattacher ces cas à la confusion mentale elle-même ayant produit une idée délirante à laquelle s'attache encore le malade, comme dans ces cas où l'on s'attache obstinément à un rêve, soit simple, soit fébrile, soit alcoolique.

Après M. Delasiauve, je citerai seulement les noms de Becquet (*Délire d'inanition*, 1866), Béhier, M. Dagonnet (qui décrit encore très bien cette forme), Achille Foville fils (article « Démence » du *Dictionnaire de Jaccoud*, 1872), M. Ball (*De la torpeur cérébrale*, 1881). Cette énumération suffit, je pense ici, pour démontrer que nous connaissions bien cette confusion. Malgré cela ce sont les auteurs allemands qui ont repris récemment la question (ils donnent à la *confusion mentale* les noms de *Wahnsinn*, *Verwirrteit*, *Amentia*, etc.), tout en ignorant ce qui avait été fait en France depuis Esquirol.

Devant publier prochainement un mémoire plus étendu que cette simple note, je ne ferai qu'énumérer les noms de Krafft-Ebing, Schüle, Krœpelin, Meynert, P. Mayser, Wille, Serbsky, etc. Des auteurs russes dont deux ont écrit en français, MM. Korsakoff (2) et Rosenbach, des auteurs italiens et anglais ont aussi produit des mémoires sur la confusion. Parmi les anglais, je citerai seulement Spitzka, H.-C. Wood, Conally Norman. Tous ces auteurs ont peu ajouté à la description symptomatologique; Meynert (3) a seulement insisté sur la psychologie pathologique de l'affection. Mais

(1) Delasiauve. Du diagnostic différenciel de la lypémanie (*Ann. médic. psycho.*, t. III, 1851, p. 380). — Des diverses formes mentales (*Journal de médecine mentale*, t. I, 1861, p. 14, 304 et suiv.; t. II, 1862, p. 74, 111, 251, 342; t. III, 1863, p. 10, 137, 170, 213; t. V, 1865, p. 163).

(2) Korsakoff. *Congrès international de médecine mentale*, 1889.

(3) *Klinische Vorlesugen*, 1890.

c'est surtout l'étiologie et la pathogénie de la *confusion mentale* qui ont fait l'objet des travaux les plus récents. Tout le monde s'accorde pour faire de la *confusion mentale* le résultat d'un épuisement subit et brusque du système nerveux, qui n'a rien à voir avec la « dégénérescenee » ; pour Serbsky, ce trouble profond du système nerveux serait consécutif à l'infection ou à l'auto-intoxication. Ce point de vue a été brillamment soutenu tout dernièrement à propos de la folie puerpérale par M. Lallier dans sa remarquable thèse (A. Lallier, *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches,* thèse Paris, 1892).

Comme mon attention est seulement d'attirer l'attention du Congrès sur cette forme oubliée, la *confusion mentale*, afin de lui faire donner dans la classification la place. qu'elle devrait occuper, je crois, je passe sur bien des détails et je me borne à résumer en quelques mots les conclusions que l'on pourrait tirer de l'étude du malade dont je vous ai lu l'observation et qui concordent avec les travaux des auteurs tant français qu'étrangers :

Il existe une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif pour les auteurs les plus récents à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle « dégénérescence ». C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes ; elle revêt souvent le caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination des processus de l'association des idées, de la perception et de la perception personnelle ; elle peut être ou non accompagnée d'hallucinations ; elle peut être accompagnée d'agitation motrice, ou de dépression ou de stupeur; le ton émotionnel est souvent indifférent ou au contraire présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle me paraît mériter le nom de *confusion mentale* sous laquelle a été décrite en France, en ajoutant primitive, afin de la distinguer

des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire et sur la nature de laquelle je n'ai pas à me prononcer ici.

M. G. Ballet. — Il me semble que ce que M. Chaslin désigne sous le nom de confusion mentale n'est pas autre chose que ce qui a été décrit de tout temps sous le nom de stupidité ou de démence aiguë. Comme il y a de grands inconvénients à introduire de nouveaux mots dans la terminologie médicale, je crois qu'il y aurait avantage à ne pas substituer le terme de confusion mentale à celui de stupidité.

A mon sens, il ne s'agit pas là d'une maladie nouvelle, mais d'un simple syndrôme qui peut relever, du reste, d'un grand nombre d'états morbides: infection, auto-intoxication, dégénérescence, lactation, etc.

M. Charpentier. — Je ne discuterai pas le fait de M. Chaslin. Je me borne à relever l'expression, confusion mentale, qui devrait être assez rigoureusement définie pour avoir un sens précis. Sous ce nom, je propose de décrire un certain nombre de symptômes caractérisés par la persistance absolue de la conscience, la persistance relative des opérations intellectuelles et par un défaut de coordination dans ces opérations; il en résulte que l'individu assiste à ce désarroi et qu'il en éprouve une angoisse progressive, laquelle vient encore augmenter les troubles des idées et du langage.

Le délire, la stupeur ou la perte de connaissance ne seraient que des convergences ou des complications de cet état.

Ce trouble morbide a été observé par chacun de nous; il se trouve fréquemment consigné dans nos certificats sous le nom de confusion dans les idées, idées confuses; il peut préluder au développement de beaucoup de délires ou folies ou leur être consécutif; sa facilité plus ou moins grande à reparaître à la moindre influence lui donne une haute importance pronostique. L'état qui peut le mieux en donner l'idee, c'est cette forme de vertige intellectuel qui se produit souvent chez les persécutés en particulier, lorsqu'ils prétendent qu'on les empêche de parler; la colère, la surprise, la crainte, les émotions vives, pénibles, le provoquent ou l'entretiennent. L'état de confusion intellectuelle de certains indi-

vidus qui, au moment de subir un examen, ne peuvent répondre à la question qu'ils connaissent, représente ce syndrôme à l'état pour ainsi dire physiologique.

M. Régis. — Le cas de M. Chaslin n'est pas aussi rare qu'il le croit ; il me paraît appartenir à cette variété de syphilis cérébrale décrite par M. Fournier, sous le nom de pseudo-démence. Elle se caractérise essentiellement par une obtusion des facultés, un délire plus ou moins diffus, des troubles hallucinatoires, etc.

Cette variété de syphilis cérébrale se termine tantôt par la démence simple, tantôt par la démence paralytique. Le malade de M. Chaslin est encore en traitement; il faut donc attendre pour savoir dans quelle catégorie il doit être placé.

M. Séglas. — Je ferai observer à M. Régis qu'il faut tenir compte pour le diagnostic de l'élévation de la température notée chez le malade, qui ne cadre pas avec l'idée d'une syphilis torpide ou pseudo-démente. En ce qui regarde les rapports des troubles délirants avec un état neurasthénique, M. Chaslin les a signalés: il dit même que la confusion mentale est justiciable d'un état d'épuisement rapide et brusque du système nerveux.

Je répondrai à M. Ballet que M. Chaslin ne me semble nullement avoir eu la prétention de décrire, ni un nom nouveau, ni une forme nouvelle, car il fait tout l'historique de la question, rappelle que les travaux allemands sur la confusion mentale n'ont fait que retrouver ce qui avait déjà été décrit en France, surtout par M. Delasiauve, sous le nom de confusion mentale, stupidité, chaos. « Je reprendrai, dit M. Chaslin, cette dénomination (confusion mentale) et il me semble opportun de rappeler l'attention sur ces faits connus autrefois, oubliés maintenant en France. »

Les objections de M. Charpentier me semblent prouver qu'il applique le terme de confusion mentale à toute une catégorie de faits absolument différents de ceux que M. Chaslin a en vue et que les différents auteurs ont signalés, ainsi qu'on le voit, dans l'historique qui accompagne sa communication. La comparaison n'est dès lors pas possible.

DE L'UTILISATION AGRICOLE ET HORTICOLE DES EAUX D'ÉGOUT DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

M. Bourneville. — Messieurs, dans nos *Congrès de médecine mentale et de neurologie*, nous nous occupons surtout de *clinique*, de *psychologie physiologique*, d'*anatomie pathologique* et de *médecine légale*. Les questions d'*administration* y sont également traitées, surtout en ce qu'elles interessent directement les malades; c'est ainsi que dans l'une de nos premières séances, nous avons discuté la question des *colonies agricoles*. Il nous semble que nous pourrions consacrer un peu de temps aussi aux questions un peu moins médicales, si tout ce qui a trait aux asiles ne touchait pas à la médecine, je veux parler des *questions d'administration, d'organisation des asiles*, et même des *questions budgétaires*. Nous avons cru remarquer que les médecins-directeurs hésitent un peu à entrer dans cette voie. C'est pourquoi nous avons estimé bon, prêchant d'exemple, de venir vous donner quelques renseignements sur une question en dehors de la medecine mentale proprement dite, mais qui intéresse l'hygiène : nous voulons parler de *l'utilisation agricole et horticole des eaux d'égout*, chargées ou non des matières de vidange, des asiles d'aliénés.

Nous avons eu l'occasion autrefois de traiter cette question d'une manière complète à propos de l'assainissement de la Seine (1) et nous avons été assez heureux pour contribuer à l'adoption par le Parlement du tout à l'égout et de l'utilisation agricole des eaux d'égout.

Parmi les arguments que nous avons invoqués, en dehors des expériences faites depuis plus ou moins longtemps, par les villes, nous nous sommes appuyé sur ce qui se faisait dans un certain nombre d'asiles d'aliénés. Nous nous sommes adressé pour avoir des renseignements aux médecins-directeurs des asiles de l'Alle-

(1) Bourneville. — *Rapport sur le projet de loi ayant pour objet l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine*, 1885, n° 4,040. — Deuxième rapport, 1886, n° 1,303. — Troisième rapport, 1889, n° 3,545.

magne. La plupart d'entre eux ont eu l'obligeance de nous répondre. Nous vous demandons la permission de rappeler devant vous, rapidement, les résultats de cette consultation.

A l'asile de Brandebourg situé à *Eberswalde*, on utilise les eaux ménagères chargées des déjections humaines dans les champs qui commencent à 126 mètres de l'asile. Il en est de même à l'asile d'aliénés de *Friedrichsberg* (Hambourg).

A l'asile d'*Hildesheim* (Hanovre), les matières fécales sont directement employées sans transformation préalable pour l'agriculture.

A l'asile de *Sachsenberg* (Mecklembourg-Schwerin), les vidanges sont transportées directement sur un terrain d'irrigation. Il en est de même à l'asile de *Kœnigslutter* (duché de Brunswick).

Le Dr Hansen, médecin-directeur de l'asile de Schleswig nous écrit : « Une même canalisation emporte les produits des latrines, des urinoirs, des laveries, des buanderies, en un mot, de toutes les eaux ménagères avec de l'eau de pluie dans un bassin où s'effectue le dépôt des matières solides non dissoutes. Tout ce qui peut passer à l'état liquide va irriguer les prairies. Les dépôts du bassin sont mêlés à de la terre et servent à fumer les jardins. Ce système est excellent. Les prairies sont fauchées six ou sept fois pendant l'été et l'herbe sert à nourrir les vaches et les chevaux de l'asile qui la mangent volontiers. »

Même pratique à l'asile de Gœtting et à l'asile d'Hildburgausen.

Le Dr Pœtz nous a envoyé les renseignements suivants sur l'asile d'*Alt-Scherbietz* (Halle-Leipsig): « Un terrain de près de 300 hectares étant annexé à l'asile, nous employons le système des fosses mobiles (matières fécales et urine mélangées). Le tout est transporté chaque jour en hiver et étendu immédiatement sur le sol. En été, on forme préalablement dans un champ spécial une sorte de fumier par immixtion avec de la terre, des balayures, des cendres et des détritus de toutes sortes. Ce fumier sert au printemps pour les prairies et les jardins. Les eaux ménagères de toute nature, sont, par une canalisation en argile, directement enlevées et jetées dans le fleuve l'Elster qui traverse la propriété. »

A l'asile d'*Ilten*, dit le Dr Vahrendorff, il n'y a point d'égout;

les matières fécales, l'urine et les eaux ménagères sont emportées chaque jour par des charrettes construites dans ce but et mises sous des *closets. Toutes ces matières servent immédiatement à l'agriculture.* »

« Tout à l'égout, nous écrit le professeur Cramer (de Marburg), c'est le principe qui règne dans notre établissement. Matières fécales, urines, tous les détritus de l'économie vont *féconder une prairie qui nous donne des rentes bien considérables.* » A l'asile de *Panigsberg* (Mecklembourg), toutes les eaux ménagères, l'urine et les matières fécales sont dirigées par des conduites spéciales dans un canal collecteur qui vient aboutir dans les champs d'épandage.

« Il existe depuis 1881 à l'asile de *Stephansfeld* (Alsace), dit le Dr Stark, une canalisation qui conduit les eaux ménagères de la cuisine, de la laverie, de la buanderie, des bains, des lavabos, etc., ainsi que l'eau de pluie, dans un cours d'eau voisin. Quant aux matières fécales, elles sont recueillies dans des fosses mobiles qu'on vide chaque jour dans des bassins éloignés de l'asile, d'où on les extrait suivant le besoin, pour servir de fumier dans les champs. »

La même pratique, c'est-à-dire l'envoi à la rivière des eaux ménagères plus ou moins chargées d'urine et l'envoi des matières de vidange dans un dépotoir et l'utilisation agricole, existe à l'asile privé d'*Altenberg*, près Wehlau (Saxe), à l'asile provincial du grand duché de Saxe, à l'asile de *Brieg* (district de Breslau), à l'asile d'*Owinok*, près Posen, à l'asile de *Saarguemines*, à l'asile de *Merzig* (province du Rhin).

D'après le Dr Schueter, à l'asile d'*Eichberg*, « les eaux ménagères, les matières de vidange sont conduites par un égout à une distance suffisante de l'asile, dans un bassin collecteur. Les liquides qui s'en écoulent sont systématiquement employés à l'irrigation du potager, des prairies et des champs, d'une contenance de 16 hectares, avoisinant immédiatement le territoire de l'asile. Ce bassin collecteur est nettoyé de temps en temps et les détritus sont déversés sur les terres. »

Dans les asiles d'*Erlanger*, de *Duern* et de *Grafenberg* (province du Rhin), de Niedernart (Autriche supérieure), les matières sont

vidangées, transportées dans un dépotoir et utilisées pour la culture par les établissements.

Comme vous le voyez, l'utilisation agricole des eaux d'égout et des matières de vidange est faite avantageusement dans un grand nombre d'établissements. Il n'en est pas ainsi seulement en Allemagne. Dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis et en Angleterre, cette pratique est employée et donne de bons résultats. Le Dr Alfred Carpenter, dans un article sur l'utilisation des eaux d'égout, inséré dans le numéro de février dernier du journal *The Sanitarian* (p. 121), rappelle qu'il y a sept ou huit ans, il faisait partie d'un comité pour la construction d'un troisième asile d'aliénés pour le comté de Surrey et que le comité s'est décidé pour l'utilisation des eaux d'égout des 1,200 pensionnaires. En terminant son travail, il reproduit une lettre du médecin-directeur, le Dr James Moody, d'où nous extrayons les passages suivants :

« On n'a pas encore publié de rapport sur les résultats de l'utilisation de nos eaux d'égout. Comme vous le savez, elles sont distribuées sur la terre par gravitation. Le procédé est très simple, car une seule personne peut tout diriger. La santé de la population de l'asile n'a été atteinte en aucune façon. Pas le plus léger inconvénient, pas la moindre infection, résultant de l'irrigation de la terre, et cependant les terrains irrigués sont immédiatement contigus à la route de Brighton.

« Le ray-grass d'Italie y pousse en grande quantité ; les vaches et les chevaux le mangent en été. Au bout de deux ans, on laboure la terre et pendant la même période on y récolte des racines (mangold) et de l'avoine.

« Pécuniairement, on trouve, dans l'irrigation des terres par les eaux d'égout, un bénéfice considérable. Pour l'accroître, il faudrait une plus grande étendue de terrains, où on ferait paître des bestiaux. La superficie totale des terres irriguées n'est que de neuf acres. Le chiffre des malades est de 1,250. »

En Ecosse, le tout à l'égout est appliqué à l'asile de *Dunfriers* comme en ville (1), etc.

(1) Marie. — *L'assistance des aliénés en Ecosse*, p. 34.

Convaincu des avantages considérables que présente le tout à l'égout et l'utilisation agricole et horticole des eaux vannes et des matières de vidange, au point de vue de l'hygiène, de l'approvisionnement des asiles et des finances départementales, nous nous sommes efforcé, à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, de faire prévaloir nos idées. A la suite de nos propositions, des études ont été faites pour l'asile de Villejuif, l'asile de Vaucluse et celui de Ville-Evrard. Voici quelques détails sur chacun de ces établissements :

Asile de Villejuif (population totale, 1,400). — La consommation d'eau atteint une moyenne de 258 litres par unité et par jour. Ce cube est réduit aux 8/10 après passage dans les bâtiments et dans les préaux, soit à 206 litres par tête et par jour. Il s'élève pour la population totale et par année, à. . . . 105.470

Auxquels il convient d'ajouter pour la pluie, en tenant compte de l'absorption de l'eau par le sol dans les parties non bâties 14.530

Ce qui donne pour l'année un volume total de 120.000

A la dose de 30,000 mètres cubes par hectare et par an, on a pensé que 4 hectares suffiraient amplement. Nous rappellerons que la loi sur l'assainissement de la Seine a autorisé 40,000 mètres cubes d'eau d'égout par hectare et par an, et qu'on peut encore augmenter la proportion d'eau d'irrigation. Le montant total des travaux et l'acquisition des terrains s'élevait à la somme totale de 222,000 fr.

Il est certain qu'en province, où les terrains sont moins chers, la dépense serait bien moins considérable. En effet, l'acquisition de 4 hectares de terrain à Villejuif n'atteint pas un chiffre moindre de 120,000 fr. Dans le devis total, figuraient aussi des aménagements dans les cabinets d'aisances et la canalisation actuelle de l'asile (1).

(1) Pour plus de détails, voir notre *Rapport sur l'utilisation des eaux vannes de l'asile de Villejuif et la création d'un champ d'épandage.* (Procès-verbal de la Commission de surveillance, 17 avril 1890, et tirage à part).

Asile de Vaucluse. — Les premiers essais ont été faits en 1889, à la suite d'un avis favorable émis par la Commission de surveillance, dans sa séance du 17 mai 1890. Les travaux d'installation avaient été confiés au service d'architecture. Comme ils étaient menés d'une façon insuffisante, le 7 février 1889, la Commission décida d'en confier l'exécution au service d'assainissement dirigé par M. Bechmann, d'accord avec M. le Dr Donnet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse.

Dans sa séance du 28 mai 1891, la Commission de surveillance a entendu le rapport de M. Bechmann, sur le projet d'assainissement de l'asile de Vaucluse. L'irrigation s'opèrerait sur une superficie de 3 hectares, à raison de 25,000 à 30,000 mètres cubes par hectare et par an. La Commission a donné son approbation au projet qui lui était soumis. Mais jusqu'à présent, par suite de différentes circonstances, le projet n'a pas été mis à exécution (1).

Maison de Villers-Cotterets. — Le dépôt de mendicité, appartenant au département de la Seine, est installé dans l'ancien château de Villers-Cotterets. Il est desservi par des fosses fixes. Les eaux usées sont dirigées dans un puisard intérieur d'une capacité d'environ 250 mètres cubes, qui reçoit en outre les liquides et les solides d'un petit groupe de cabinets d'aisances. Le puisard, établi depuis de longues années, s'est peu à peu colmaté. Il a perdu tout pouvoir absorbant et il nécessite des vidanges fréquentes.

La situation de cette maison laisse beaucoup à désirer au point de vue de l'hygiène et le Conseil général de la Seine a demandé à l'administration de lui soumettre un plan d'assainissement.

Le service de l'assainissement a choisi un terrain dont le sol est constitué par les sables de Beauchamp, situé au nord, entre le chemin de fer de Compiègne à Villers-Cotterets et la forêt.

Les devis ont été calculés sur une population de 1,500 (la population actuelle est de 1,300) et sur une consommation d'eau de 200 litres par tête et par jour (elle n'est aujourd'hui que de 30 litres !). Le volume total des eaux résiduaires, y compris les eaux de pluie (7,000^{m3}), est de 95,000^{m3} avec la dose de 30,000 mètres cubes par hectare et par an, une surface de trois hectares

(1) Procès-verbal de la Commission 1891, p. 214.

sera suffisante. Il sera facile d'ailleurs de l'agrandir. L'usine d'aspiration et de refoulement sera installée dans l'angle nord-est de l'établissement. On prévoit une force de quatre chevaux. La conduite de refoulement sera en tuyaux de fonte. Le montant total des travaux pour l'épuration et l'utilisation agricole des eaux d'égout, y compris l'acquisition des terrains, s'élève à la somme totale de 86,400 fr., y compris une somme à valoir de 3,165 fr. pour les imprévus.

Le Conseil général a donné son approbation à ce projet et les travaux ont commencé au mois de juin dernier.

Maison de Nanterre. — Le tout à l'égout, avec utilisation agricole des eaux d'égout, a été installé dans cette maison par le service municipal d'assainissement de Paris, sous la direction de MM. Durand-Claye et Masson, de 1887 à 1889.

Les terrains qui servent à l'épuration, avec utilisation horticole, ont une superficie de trois hectares trente ares et ont été mis en culture en 1889, par la direction du service de l'assainissement. Depuis le 25 janvier 1891, l'exploitation a été mise en régie. Nous avons eu l'occasion, l'an dernier, de visiter les champs d'épuration situés le long de la maison départementale de Nanterre, et de constater l'état luxuriant de la végétation. Nous avons regretté que l'exploitation ne soit pas faite directement par la maison sous la surveillance du service de l'assainissement.

Asile de Ville-Evrard. — En 1878, on a fait dans cet asile une première application du principe de l'épandage des eaux d'égout en disposant un champ pour recevoir les eaux de la division des femmes. Malheureusement l'expérience ne dura pas plus d'une année par suite d'un défaut d'entente entre les jardiniers et surtout à cause de leur manque de pratique. En 1888, conformément à une décision de la Commission de surveillance en date du 8 mars, la question a été reprise d'une façon sérieuse, et le service d'assainissement a été chargé de dresser un projet comprenant la transformation du système de vidange en usage dans l'établissement et la création d'un champ d'épuration pour l'utilisation agricole des eaux usées.

L'asile de Ville-Evrard comprend : 1° l'asile proprement dit ;

2° le pensionnat. La plupart d'entre vous connaissent la disposition générale de cet établissement; aussi nous dispenserons-nous d'en tracer la description. Nous nous contenterons de rappeler la disposition des cabinets d'aisances et de donner une description du système d'épuration avec utilisation horticole des eaux d'égout.

Le château et les pavillons n[os] II et III du pensionnat, sont pourvus de cabinets avec sièges en chêne et cuvette (système Havard) à tirage, dont l'effet d'eau est produit par un réservoir rempli à la main. Ces cabinets sont établis sur tinettes filtrantes. Les eaux vannes sont reçues dans des fosses fixes spéciales, dont la vidange se fait à l'aide de pompes et de tonneaux par les soins du personnel de l'établissement; les liquides servent à l'arrosage des jardins.

Dans les autres pavillons du pensionnat, de construction récente, le système de cuvette des cabinets d'aisances, groupés par six, est le même, mais les réservoirs d'eau se remplissent par un robinet à flotteur, branché sur la distribution. Dans les pavillons des hommes, trois des sièges sont remplacés par des pots d'urinoirs adossés au mur et lavés par un écoulement constant. Les eaux des cuisines sont menées directement à l'égout par une canalisation spéciale en grès, sur laquelle on a interposé un siphon obturateur. Les eaux pluviales et ménagères des pavillons s'écoulent à ciel ouvert dans des caniveaux pavés dont les points bas sont reliés à l'égout quand il est proche (pavillons I, II, III et château), ou à des puisards quand l'égout est éloigné (pavillons IV, V, VI, cuisine, bains et morgue).

Voici maintenant quelle est la situation de l'asile. Les quartiers hommes et femmes, la buanderie, l'usine à gaz et les ateliers sont desservis par des latrines dépourvues d'effet d'eau, raccordées sur des appareils diviseurs, dont les eaux vannes s'écoulent partie par une canalisation spéciale dans un fossé tributaire du ruisseau de Saint-Baudrille, qui débouche dans la Marne (quartiers des hommes et ateliers), où sont reçus pour le surplus dans des fosses isolées qui sont vidangées.

L'établissement est pourvu d'un réseau d'égouts en maçonnerie, mesurant 1^{m}80 de hauteur sous clef, avec une ouverture de 0^{m}70 aux naissances; la pente moyenne est d'environ 0^{m}005. Ces

égouts déversent la plus grande partie des eaux usées dans la Marne, en traversant l'ancien champ d'épuration ; le surplus, mélangé d'eaux vannes, est dirigé dans le fossé de Saint-Baudrille.

C'est pour remédier à une situation contraire à l'hygiène et peu digne du département de la Seine, que la Commission de surveillance a provoqué le projet d'assainissement de l'asile de Ville-Evrard.

La *population totale* de l'établissement est d'environ 1,350 habitants, qui pourra être portée à 1,500. D'après le service d'architecture, la consommation d'eau dans l'établissement est en moyenne de 439 litres par unité et par jour, avec des maxima atteignant 830 litres, et des minima qui sont descendus à 222 litres.

Transformation des cabinets d'aisances. — Chaque cabinet est pourvu d'une cuvette à occlusion hydraulique lavée par les chasses d'eau d'un réservoir de dix litres, à fonctionnement automatique ou pouvant se manœuvrer à la main, suivant les cas. Dans les pavillons pour hommes du pensionnat, les urinoirs sont formés d'un revêtement en terre jusqu'à une hauteur de 1^{m}30. Les urines sont reçues dans un caniveau spécial siphonné en aval. Le revêtement et le caniveau sont lavés par les chasses automatiques d'un réservoir de 10 à 12 litres.

Dans les quartiers de la division des hommes de l'asile, on a ajouté un urinoir aux cabinets reportés à l'extrémité des quartiers. Les latrines des cours, dans les deux divisions, celles des ateliers et de la buanderie, sont formées de sièges en grès émaillé placés au-dessus d'un collecteur de 0^{m}30 de diamètre en grès vernissé, disposé de manière à contenir toujours une nappe d'eau d'à peu près 0^{m}10 d'épaisseur, dans laquelle tombent les déjections. Un siphon ventilé intercepte la communication entre le collecteur et la canalisation ; des chasses automatiques produites par un réservoir d'un volume un peu supérieur à celui de la retenue d'eau du collecteur, en assure le lavage. Un terrasson à section rectangulaire et à réserve d'eau (0^{m}03 d'épaisseur environ), est placé au-devant des sièges pour recueillir les urines. Une grille à barreaux méplats suffisamment espacés et disposés normalement aux sièges, nivelle le sol au-dessus du terrasson ; enfin, un réservoir de chasse entretien et renouvelle l'eau dans ce système de cuvettes.

D'une façon générale, toutes les conduites branchées sur le réseau d'évacuation et recueillant les eaux usées, sont pourvues d'une inflexion siphoïde pour empêcher le retour des odeurs.

L'exécution du projet a supprimé tous les puisards. Toutes les canalisations, que cette suppression a nécessitées, débouchent dans l'ancien réseau d'égouts maçonnés. Il en est de même des canalisations provenant des cabinets d'aisances. Le peu de pente des égouts a rendu indispensable l'établissement d'un certain nombre de réservoirs pourvus d'appareils de chasse.

Toutes les eaux sont ramenées sur un point unique par une conduite en grès vernissé de 0m30 de diamètre, établie avec une pente de 0m003, dans une bâche d'aspiration, située à l'extérieur de l'usine, près du cinquième quartier des hommes, à proximité du ruisseau de Saint-Baudrille, qui peut servir de décharge en cas de besoin. Elles sont refoulées de là, au point le plus élevé du champ d'épuration, par une pompe actionnée par un moteur à vapeur.

La surface disponible en terrains sablonneux est de treize hectares trente-neuf ares. Elle est d'une altitude supérieure aux crues de la Marne. Elle est largement suffisante, puisque le volume d'eau annuelle, par hectare, ne dépassera pas 36,000 mètres cubes, dose qui pourra d'ailleurs être réduite par l'utilisation d'autres terrains disponibles sur les terrains de Ville-Evrard. Rappelons encore que les calculs sont basés sur la dépense d'eau maxima.

Nous croyons inutile, ici, d'entrer dans des détails techniques au sujet de l'usine élévatoire, des conduites, etc.

Les *irrigations* sont pratiquées par rigoles et sillons permettant la culture maraîchère. Le terrain, sillonné de rigoles maîtresses suivant à peu près les lignes de plus grande pente du sol, est distribué pour assurer l'épuration continue et méthodique en planches partagées elles-mêmes par une série de rigoles ou raies, distantes de 80 centimètres les unes des autres. La végétation se développe sur les billons qui séparent les raies. De simples terrassements et l'établissement de vannettes en bois pour la distribution et la répartition des eaux d'égout dans la culture suffisent, comme à Gennevilliers et comme à Nanterre, pour atteindre le but que l'on poursuit.

Le montant total des travaux, comprenant la transformation

des cabinets d'aisances du pensionnat et de l'asile, s'élève à 170,000 francs. « Cette dépense, dit M. Masson, peut paraître excessive ; cependant il faut considérer que le nombre des cabinets nouveaux à installer dans les divisions des hommes et femmes de l'asile est de 36 ; que les fosses à eaux vannes et puisards à supprimer sont au nombre de 50, que les latrines et les cabinets à assainir entrent dans la dépense pour une somme de 85,798 fr. 90 et qu'enfin l'établissement des nouveaux égouts et la construction de réservoirs de chasse sur l'ancien et le nouveau réseau, ne coûteront pas moins de 32,162 fr. 16. »

L'utilisation horticole des eaux d'égout n'a été réalisée que partiellement et seulement pour les eaux d'égout du pensionnat ; elle a été faite sous la direction du jardinier chef de l'asile avec l'aide de jardiniers à la journée et de malades. L'installation des travaux d'assainissement et du champ d'épuration avait été accomplie par le service d'assainissement et livrée dans de bonnes conditions à l'exploitation de l'asile. Tout était préparé pour un fonctionnement parfait et régulier, or il n'en a pas été ainsi. Par suite de leur négligence ou de leur ignorance, les jardiniers n'ont pas su faire d'une façon convenable l'utilisation horticole. Aussi, la question a-t-elle été de nouveau discutée par la Commission de surveillance des asiles, lors de sa visite à l'asile de Ville-Evrard le 19 mai dernier. Voici en quels termes nous sommes intervenus dans le débat : « Si nous voulons que le champ d'irrigation donne de bons résultats et ne soulève pas des plaintes justifiées, il faut que le service fonctionne régulièrement, c'est-à-dire avec toutes les précautions qu'enseigne l'hygiène. Pour cela, il est indispenble que nous en confiions la direction et la surveillance au service municipal de l'assainissement. Celui-ci ferait venir de Gennevilliers un certain nombre d'ouvriers expérimentés, chargés d'enseigner aux agents de l'asile et aux équipes de malades la manière de cultiver et d'entretenir les rigoles. Le service d'assainissement aurait la direction et la responsabilité de toutes les opérations faites sur le domaine consacré à l'utilisation agricole des eaux d'égout. De la sorte, nous serions assurés de ne pas fournir d'arguments contre l'une des réformes hygiéniques les plus importantes et les plus heureuses dans leurs résultats. »

Notre proposition, appuyée par M. le Dr Du Mesnil, a été adoptée

par la Commission, qui a décidé que pendant deux ans, la direction et la surveillance du champ d'épuration de Ville-Evrard, serait confiées à M. l'inspecteur Masson, qui était autorisé à recourir à des ouvriers expérimentés pris à Gennevilliers (1).

Ainsi a été fait, et aujourd'hui les champs d'irrigation de Ville-Evrard font l'admiration et l'envie des cultivateurs de la commune de Neuilly-sur-Marne, où se trouve situé l'asile.

Nous pensons que malgré leur caractère extra-médical, les renseignements que nous venons de donner pourront être de quelque utilité à ceux de nos collègues qui sont chargés de la direction d'asiles d'aliénés. Nous avons cherché à leur être utile et à les encourager dans une voie que nous croyons avantageuse pour les établissements hospitaliers au point de vue de l'hygiène, de l'approvisionnement et des finances.

En terminant, nous devons remercier M. Masson, inspecteur du service de l'assainissement de la ville de Paris, l'un des défenseurs les plus dévoués et les plus compétents du tout à l'égout et de l'utilisation agricole des eaux d'égout, pour l'obligeance qu'il a eue de mettre à notre disposition ses rapports qui ont servi de base aux discussions de la Commission de surveillance, ainsi que les plans très clairs et très démonstratifs que nous avons fait passer sous vos yeux.

M. Samuel Garnier fait observer que l'épandage est impraticable à la porte des villes, particulièrement à l'asile de Dijon, où la fièvre typhoïde est en permanence.

M. Doutrebente. — M. Garnier veut-il nous faire connaître à quoi il attribue cet état de choses.

M. Garnier. — Je pense qu'on doit incriminer la rivière de l'Ouche, qui borde l'asile, ou le puits de Moïse, qui peut être infecté par une fosse voisine.

(1) Procès-verbal de la Commission de surveillance des asiles publics de la Seine (1892), page 240.

M. Mordret. — Je suis très partisan des tinettes mobiles ; et l'épandage est bon si on a un terrain assez grand et assez perméable.

M. Doutrebente. — Je recommande la projection, dans les tinettes ou dans les fosses, de sulfate de fer, à raison de un kilogramme par hectolitre de liquide ; à l'aide de ce procédé, l'épandage peut se faire sans inconvénient sur un terrain perméable.

M. Bourneville. — Bien entendu, il faut éviter l'épandage dans les rivières et dans les ruisseaux.

M. Marie. — Les questions d'actualité relatives à l'hygiène des grands établissements publics, au point de vue particulier des égouts, me remettent en mémoire la méthode appliquée à ce point de vue dans quelques asiles étrangers, particulièrement en Ecosse.

On y concilie tous les intérêts en appliquant le tout à l'égout à l'intérieur des asiles, mais en épurant ensuite, avant de les écouler, les résidus ainsi évacués.

Si nous prenons, par exemple, le Stirling-Royal Asylum de Larbert, il ne faudrait pas croire que les eaux vannes y soient restituées à la terre, purement et simplement, bien que ce soit un asile rural.

Les eaux d'égout et des toits sont soigneusement canalisées ; on y joint les liquides et la chasse provenant des cabinets d'aisances, où existe le système diviseur à grilles. Les matières solides sont utilisées pour l'exploitation agricole; quant aux liquides, ils sont l'objet d'une triple épuration.

Avant de sortir de l'asile, ils traversent un premier réservoir (épurateur chimique), où ils s'imprègnent de sulfate de fer ; de là, les eaux se répandent dans un dernier réservoir très-vaste, où elles séjournent et déposent toutes les matières organiques en suspension. Ces boues, chimiquement neutralisées, sont utilisées à la ferme ; l'eau s'écoule enfin sur un lit de sable et de charbon de plusieurs pieds d'épaisseur, d'où elle sort à l'état d'eau sulfureuse limpide.

Nous avons pu suivre, avec le Dr Mac Phevson, toutes les

phases de cette épuration, et nous avons pu constater l'absolue limpidité des eaux.

Nous connaissons tel asile urbain en France, dont les eaux d'égout non épurées sont rejetées telles quelles à la rivière, où à quelques mètres de distance est puisée l'eau potable de la ville et de l'asile.

TOPOGRAPHIE DE L'ALIÉNATION MENTALE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE-INFÉRIEURE.

M. Giraud, en son nom, et au nom de M. Malfilâtre, présente le mémoire suivant :

I

On comptait, au 1er janvier 1892, dans les deux asiles départementaux de la Seine-Inférieure, dix-huit cent vingt-quatre aliénés, se répartissant en sept cent soixante et un hommes et mille soixante-trois femmes. Sur ce nombre, dix-sept cent quarante-huit malades (707 hommes, 1,041 femmes), avaient leur domicile dans le département. Or, d'après le dernier recensement, la population de celui-ci est de 839,876 habitants. La proportion des aliénés y faisant leur résidence et traités dans les asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon était donc au 1er janvier dernier de 1 aliéné par 480 habitants, ou 20,81 aliénés par 10,000 habitants. C'est là une moyenne élevée. Quelle en est la cause ? Dans le monde, on entend dire couramment : c'est l'effet de l'alcoolisme. L'observation des malades qui passent sous nos yeux nous montre que le nombre des aliénés n'est pas en rapport direct avec l'alcool consommé dans la région. Les causes de l'aliénation mentale sont multiples, et nous n'avons pas besoin d'insister sur l'influence considérable des prédispositions héréditaires. En dehors de ce facteur, quel rôle a joué le milieu où ont vécu ceux qui sont atteints d'aliénation mentale ? C'est là un autre élément du problème. Nous avons pensé que pour étudier cette question, il était utile d'examiner de quel point du département venaient les aliénés placés dans les

asiles où nous trouvons notre champ d'observation. Nous avons abordé un travail de statistique qui peut paraître aride, mais on ne peut arriver à des déductions qu'en groupant des faits. Nous n'avons pas eu en vue de faire de la statistique pour arriver à la vaine satisfaction de dire que tant d'aliénés venaient d'un point du département, et tant d'autres d'un autre point ; notre but est plus élevé, nous cherchons à dégager les causes de l'aliénation mentale dans la région.

Les 1,748 malades, domiciliés dans la Seine-Inférieure, et présents dans les asiles de Quatre-Mares et Saint-Yon au 1er janvier dernier, se répartissaient ainsi par arrondissements :

Arrondissement de	Dieppe. . . .	156	(59 hommes,	97	femmes).
—	Havre	440	(172 —	268	—).
—	Neufchatel .	95	(35 —	60	—).
—	Rouen. . . .	886	(353 —	533	—).
—	Yvetot. . . .	171	(88 —	83	—).

Si nous cherchons la relation entre le nombre des aliénés présents à l'asile et la population de l'arrondissement nous trouvons la proportion suivante :

Arrondissement de Dieppe. . . . . 108.390 habitants.
1 aliéné sur 694 habitants ou 14,39 par 10.000.
Arrondissement du Havre. . . . . 247.277 —
1 aliéné sur 562 habitants ou 17,79 par 10.000.
Arrondissement de Neufchatel . . . . 76.118 —
1 aliéné sur 801 habitants ou 12,48 par 10.000.
Arrondissement de Rouen . . . . 301.481 —
1 aliéné sur 340 habitants ou 29,38 par 10.000.
Arrondissement d'Yvetot . . . . 106.610 —
1 aliéné sur 623 habitants ou 16,04 par 10.000.

L'arrondissement de Rouen fournit à lui seul plus de la moitié des présences, et élève sensiblement le pourcentage dans le département. L'écart entre Rouen et le Havre est considérable et n'est nullement en rapport avec l'écart de la population.

L'arrondissement d'Yvetot fournit une proportion assez forte d'aliénés, et pourtant il est de règle que les centres agricoles envoient dans les asiles moins d'aliénés que les villes. Nous

faisons remarquer cette anomalie, car, d'une part, les travaux des champs développent peu la folie, et, d'autre part, on conserve dans les campagnes des imbéciles, des déments et même des vésaniques qui, dans les villes, se feraient remarquer par leurs extravagances, et ne seraient pas laissés en liberté. Nous aurons à revenir sur cette question du développement de la folie dans l'arrondissement d'Yvetot.

Si, au lieu d'examiner où étaient domiciliés les 1,824 malades présents à l'asile le 1er janvier dernier, nous recherchons comment ils se répartissent d'après leur lieu de naissance, nous arrivons à des résultats différant sensiblement de ceux que nous venons d'exposer.

Nés dans la Seine-Inférieure. .	1,430	(602 hommes,	828 femmes).
Nés dans d'autres départements.	366	(147 —	219 —).
Aliénés d'origine étrangère. . .	24	(8 —	16 —).
Lieu de naissance inconnu . .	4	(4 —).	

Les 1,430 aliénés originaires de la Seine-Inférieure se répartissent ainsi :

Arrondissement de Dieppe. . . .	171	(69 hommes,	102 femmes).
— Havre	301	(121 —	180 —).
— Neufchatel .	102	(38 —	64 —).
— Rouen. . . .	592	(255 —	337 —).
— Yvetot. . . .	264	(119 —	145 —).

D'après le lieu de naissance, la relation, entre le nombre des aliénés et la population de l'arrondissement est :

Arrondissement de Dieppe. . . . . . 1 aliéné sur 633 habitants,
ou 15,77 par 10,000 habitants.

Arrondissement du Havre . . . . . . 1 aliéné sur 821 habitants,
ou 12,17 par 10,000 habitants.

Arrondissement de Neufchatel. . . . 1 aliéné sur 746 habitants,
ou 13,40 par 10,000 habitants.

Arrondissement de Rouen . . . . . . 1 aliéné sur 509 habitants,
ou 19,60 par 10,000 habitants.

Arrondissement d'Yvetot . . . . . . 1 aliéné sur 403 habitants,
ou 24,76 par 10,000 habitants.

Pourcentage pr le Département entier 1 aliéné sur 587 habitants,
ou 17,01 par 10,000 habitants.

Dix-huit pour cent des malades présents à l'asile et ayant leur domicile dans la Seine-Inférieure n'étaient pas nés dans le département. Il est bien évident que, en revanche, des aliénés originaires de la Seine-Inférieure sont traités dans d'autres asiles. Nous avons, toutefois, des raisons de croire que l'immigration l'emporte de beaucoup sur l'émigration, car nous voyons à Quatre-Mares et à Saint-Yon plus de sorties par transfèrement que d'admissions de même ordre. Les malades sortant par transfert n'ont pas eu le temps de séjour nécessaire dans le département pour y acquérir leur domicile de secours ; mais, pour les autres, il suffit de comparer la répartition par lieux de naissance avec la répartition par lieux de domicile pour voir que Rouen et le Havre sont des points vers lesquels on afflue. Ce qu'on peut remarquer dans cette répartition par lieux de naissance, c'est que l'arrondissement d'Yvetot fournit la proportion la plus forte et l'arrondissement du Havre la plus faible, et que l'écart de proportion par rapport à la population est de 1 à 2.

Nous venons de comparer les arrondissements entre eux, mais, dans un même arrondissement, on peut trouver une grande ville, une région industrielle, une partie rurale, c'est-à-dire des conditions d'existence très diverses. Naturellement, on trouve aussi de grandes différences entre les cantons, tant au point de vue du nombre des aliénés qu'au point de vue de leur proportion par rapport à la population.

Nous avons établi le relevé des malades, commune par commune ; nous ne croyons pas devoir entrer ici dans un tel détail, et nous pensons qu'il est plus intéressant de grouper les communes par cantons, pour examiner les diverses régions du département.

Nous présentons dans un premier tableau la répartition, par cantons, des aliénés existants à l'asile le 1er janvier dernier, d'après leur lieu de naissance, et, dans un second tableau, la répartition, également par cantons, de ces mêmes aliénés, d'après leur lieu de domicile.

Aliénés présents dans les Asiles de la Seine-Inférieure au 31 décembre 1891.

LIEU DE NAISSANCE	POPULATION	Nombre de communes dans le canton.	Nombre de communes où sont nés des aliénés.	Nombre d'aliénés d'après le lieu de naissance. H.	F.	TOTAL
ARRONDᵗ DE DIEPPE						
Canton de Bacqueville . .	13.549	25	14	10	19	29
— Bellencombre .	7.126	15	8	6	7	13
— Dieppe.	27.777	9	6	21	19	40
— Envermeu. . .	13.204	30	15	11	12	23
— Eu	17.388	22	6	7	8	15
— Longueville . .	7.229	23	8	3	7	10
— Offranville. . .	10.930	18	10	8	14	22
— Tôtes.	11.187	26	14	3	16	19
	108.390			69	102	171
ARRONDᵗ DU HAVRE						
Canton de Bolbec	22.554	14	13	14	25	39
— Criquetot-l'Esneval . .	12.265	21	12	10	14	24
— Fécamp	21.375	12	10	14	21	35
— Goderville. . .	12.551	23	14	8	20	28
— Havre	136.103	5	5	55	57	112
— Lillebonne. . .	13.783	14	10	7	7	14
— Montivilliers .	16.743	15	11	9	17	26
— Saint-Romain.	11.903	19	12	4	19	23
	247.277			121	180	301
ARRONDᵗ DE NEUFCHATEL						
Canton d'Argueil.	6.652	15	4	4	1	5
— Aumale	7.182	13	3	3	7	10
— Blangy.	12.113	23	5	5	3	8
— Forges	11.762	21	6	6	16	22
— Gournay. . . .	10.501	16	5	5	9	14
— Londinières . .	7.546	17	2	2	6	8
— Neufchatel. . .	12.494	22	7	7	10	17
— Saint-Saens . .	7.868	15	6	6	12	18
	76.118			38	64	102

LIEU DE NAISSANCE	POPULATION	Nombre de communes dans le canton.	Nombre de communes où sont nés des aliénés.	Nombre d'aliénés d'après le lieu de naissance.		
				H.	F.	TOTAL
ARRONDt DE ROUEN						
Canton de Boos	10 621	17	10	10	12	22
— Buchy	6.838	21	9	8	9	17
— Clères	11.933	22	12	10	10	20
— Darnétal	20.289	20	14	20	32	52
— Duclair	12.030	20	12	12	10	22
— Elbœuf	43.341	10	9	37	41	78
— Grand-Couronne	21.038	11	9	17	21	38
— Maromme	26.484	13	12	18	42	60
— Pavilly	15.501	21	12	15	15	30
— Rouen	112.352	1	1	97	132	229
— Sotteville	21.054	2	2	11	13	24
	301.481			255	337	592
ARRONDt D'YVETOT						
Canton de Cany	11.042	19	11	11	18	29
— Caudebec	10.485	15	10	8	8	16
— Doudeville	10.722	17	11	18	12	30
— Fauville	9.647	18	15	12	19	31
— Fontaine-Ledun	7.659	16	8	8	5	13
— Ourville	8.239	16	13	10	13	23
— St Valéry-en-Caux	11.175	14	7	7	14	21
— Valmont	14.436	23	16	10	19	29
— Yerville	9.299	19	13	14	16	30
— Yvetot	13.906	11	8	21	21	42
	106.610			119	145	264
Autres départements (domicile : Seine-Inférieure)				106	200	306
Aliénés d'origine étrangre.				8	16	24
Lieu de naissance inconnue				4	»	4
Pour ordre : Nés et domiciliés dans d'autres départements				41	19	60
				159	235	394
TOTAL GÉNÉRAL				761	1.063	1.824

Aliénés présents dans les Asiles de la Seine-Inférieure au 1er janvier 1892.

LIEU DE DOMICILE	Nombre de communes dans le canton.	Nomb. de com. où des aliénés ont l'r domicile	Nés et domiciliés dans la même commune. H	Nés et domiciliés dans la même commune. F	Ayant quitté la commune, non le canton. H	Ayant quitté la commune, non le canton. F	Ayant quitté le canton, non l'arrondissement H	Ayant quitté le canton, non l'arrondissement F	Ayant quitté l'arrondissem^t, non le département. H	Ayant quitté l'arrondissem^t, non le département. F	Nés dans d'autres départements. H	Nés dans d'autres départements. F	Nés à l'Etranger. H	Nés à l'Etranger. F	Lieu de naissance inconnu. H	Lieu de naissance inconnu. F	Total. H	Total. F	TOTAL GÉNÉRAL
ARRONDISSEMENT DE DIEPPE																			
Canton de Bacqueville	25	13	4	6	3	3	2	2	1	1							10	12	22
— Bellencombre	15	7	4	2			1	1		3							5	6	11
— Dieppe	9	6	18	13		4	5	7	1	7	1	9					25	40	65
— Envermeu	30	10	4	5	1	1	1	1				1					6	8	14
— Eu	22	6	4	7				2			1	4		1			5	14	19
— Longueville	23	3	1	2													1	2	3
— Offranville	18	6	1	4		3			1								2	7	9
— Tôtes	26	12	1	3	1	3	1	1	2	1							5	8	13
	168	63	37	42	5	14	10	14	5	12	2	14		1			59	97	156
ARRONDISSEMENT DU HAVRE																			
Canton de Bolbec	14	11	6	9	3	5	4	3	3	5		2					16	24	40
— Criquetot-l'Esneval	21	11	6	4		4	1				1						8	8	16
— Fécamp	12	5	5	6	2	2	1	3	2	3		2					10	16	26
— Goderville	23	11	1	7	3	2		2	1	1		1					5	13	18
— Havre	5	4	46	47	3	4	11	35	17	28	35	55		4			112	173	285
— Lillebonne	14	8	3	3	1			1	2	4							6	8	14
— Montivilliers	15	8	5	8	2	1	3	4	1			1					11	14	25
— Saint-Romain	19	9	1	5	1	3	1	4	1								4	12	16
	123	67	73	89	15	24	21	52	27	41	36	64		4			172	268	440
ARRONDISSEMENT DE NEUFCHATEL																			
Canton d'Argueil	15	7	2	1	1			3	1	2							4	6	10
— Aumale	13	3		2		1		1										4	4
— Blangy	23	9	3	1		1		2	1	2							4	6	10
— Forges	21	12	4	8		3	2	1			1						7	12	19
— Gournay	16	7	2	5	2	1	2	1		1		4					6	12	18
— Loudinières	17	4	1	2			2			1							3	3	6
— Neufchatel	22	9	5	3	1	1	1	4	2	2							9	10	19
— Saint-Saens	15	3	2	1		2		2		2							2	7	9
	142	54	19	23	4	9	7	14	4	10	1	4					35	60	95
ARRONDISSEMENT DE ROUEN																			
Canton de Boos	17	11	5	3	3		2	3	2	2		2					12	10	22
— Buchy	21	8	4	3		1	1	2	1								6	6	12
— Clères	22	8	3	5	1		2	4	1	2							7	11	18
— Darnétal	20	12	12	11	1	6	7	6	1	2	2	2					23	27	50
— Duclair	20	10	7	5	1	2	2	2	1			1					11	10	21
— Elbeuf	10	9	20	28	13	10	5	10	4	4	23	20		1	1		66	73	139
— Grand-Couronne	11	8	8	9	1	2	5	4	4	1	1	3		1			19	20	39
— Maromme	13	11	10	17	2	3	3	6	4	2	3	2		1			22	31	53
— Pavilly	21	9	8	5	2	1		1	2	5							12	12	24
— Rouen	1	1	72	107			22	49	19	60	33	83	3	7			149	306	455
— Sotteville	2	2	9	5	1		7	11	5	4	4	6		1			26	27	53
	158	89	158	198	25	25	56	98	44	82	66	119	3	11	1		353	533	886
ARRONDISSEMENT D'YVETOT																			
Canton de Cany	19	8	4	7	1	1	1			1							6	9	15
— Caudebec	15	9	2	3	1	2	2			1							5	6	11
— Doudeville	17	9	6	5	4	1	2			3							12	9	21
— Fauville	18	13	8	10	1	4											9	14	23
— Fontaine-Ledun	16	6	5	2					1								6	2	8
— Ourville	16	10	6	3		3	1	1									7	7	14
— Saint-Valéry-en-Caux	14	4	4	8			1	1			1						6	9	15
— Valmont	23	6	4	1			1		1	2							6	3	9
— Yerville	19	11	11	6	1	2			1	1							13	9	22
— Yvetot	11	5	12	7	1	3	2	2	3	1		2					18	15	33
	168	81	62	52	9	16	10	4	6	9	1	2					88	83	171
Domiciliés dans un autre département (pour ordre)									2	3	41	19	5		3		51	22	73
Lieu de domicile inconnu (nés dans la Seine-Inférieure)																	3		3
RÉCAPITULATION																			
Arrondissement de Dieppe	168	63	37	42	5	14	10	14	5	12	2	14		1			59	97	156
— Havre	123	67	73	89	15	21	21	52	27	41	36	61		4			172	268	440
— Neufchatel	142	54	19	23	4	9	7	14	4	10	1	4					85	60	95
— Rouen	158	89	158	198	25	25	56	98	44	82	66	119	3	11	1		353	533	886
— Yvetot	168	81	62	52	9	16	10	4	6	9	1	2					88	83	171
Totaux	759	354	349	404	58	85	104	182	86	154	106	200	3	16	1		707	1041	1748
Pour ordre																	54	22	76
TOTAL GÉNÉRAL	759	354	349	404	58	85	104	182	86	154	106	200	3	16	1		761	1063	1824

Nous appellerons tout particulièrement l'attention sur les migrations qui se sont opérées non seulement des campagnes vers les villes, mais même, dans les régions rurales, de commune à commune, de canton à canton, d'arrondissement à arrondissement. Si on prend les résultats bruts de la statistique, on voit, par exemple, que 171 aliénés étaient nés dans l'arrondissement de Dieppe et que 156 seulement y avaient leur domicile. On pourrait en déduire que 15 avaient émigré de l'arrondissement pour se fixer sur un autre point du département et que les autres étaient restés à leur lieu de naissance. Or, c'est une erreur. Sur les 171 malades nés dans l'arrondissement de Dieppe et présents à l'asile au 1er janvier dernier, 49 avaient émigré sur un autre point de la Seine-Inférieure, 19 avaient quitté leur commune sans s'éloigner de leur canton, 24 avaient changé de canton ; 79 seulement étaient restés au lieu de leur naissance. Nous pourrions présenter les mêmes observations pour les autres arrondissements, et nous aurons à rechercher quelle peut être l'influence de ces migrations.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que des aliénés en général, sans examiner la forme de folie dont ces malades étaient atteints. Nous l'avons fait avec intention. Nous voulons étudier le développement de l'aliénation mentale dans le département de la Seine-Inférieure. Or, la population d'un asile, à un jour donné, ne nous renseigne pas exactement sur ce point. Les imbéciles vivent longtemps séquestrés et les alcooliques ne le sont que peu de temps. La durée du séjour des malades varie suivant le genre de folie ; le fait de montrer qu'il existe à l'asile un grand nombre de chroniques n'offre qu'un médiocre intérêt, et surtout rien de nouveau. Pour rechercher la répartition des diverses formes d'aliénation mentale, dans le département, nous devions prendre comme base de notre travail, la population traitée pendant une certaine période, et nous avons pris la période décennale de 1881 à 1890. Nous présenterons comme épilogue les résultats de l'année 1891. Pour en finir avec les aliénés présents au 1er janvier dernier, nous donnerons, à titre d'indication, le lieu d'origine des malades nés hors de la Seine-Inférieure. Tout naturellement, les départements limitrophes en fournissent une grande partie, mais on remarque une prédominance notable de la migration de l'Ouest vers l'Est, et un nombre relativement assez élevé d'alsaciens.

Répartition des Malades présents le 31 décembre 1891 aux asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon, domiciliés dans la Seine-Inférieure et nés dans un autre département.

	H	F	TOTAL
	—	—	—
Ain................	»	1	1
Aisne..............	»	3	3
Ardennes...........	1	1	2
Aube...............	1	»	1
Aveyron............	»	3	3
Bouches-du-Rhône...	»	1	1
Calvados...........	11	19	30
Cantal.............	1	1	2
Côtes-d'Or.........	»	1	1
Côtes-du-Nord......	2	12	14
Eure...............	20	47	67
Finistère..........	3	8	11
Haute-Garonne......	1	1	2
Gard...............	1	»	1
Gers...............	»	1	1
Gironde............	1	2	3
Ille-et-Vilaine....	1	3	4
Isère..............	»	1	1
Jura...............	1	»	1
Loir-et-Cher.......	1	1	2
Loire..............	2	1	3
Loire-Inférieure...	1	1	2
Loiret.............	1	»	1
Lozère.............	»	1	1
Maine-et-Loire.....	»	2	2
Manche.............	9	8	17
Haute-Marne........	»	1	1
Marne..............	2	»	2
Mayenne............	5	2	7
Meurthe-et-Moselle...	2	»	2
Meuse..............	2	»	2
Morbihan...........	1	1	2
Nièvre.............	»	2	2
Nord...............	2	5	7
Oise...............	»	6	6
Orne...............	4	13	17
A Reporter..	76	149	225

Report......	76	149	225
Pas-de-Calais.......	»	6	6
Basses-Pyrénées.....	1	1	2
Puy-de-Dôme........	»	1	1
Rhône...............	»	1	1
Haute-Saône........	»	1	1
Sarthe..............	1	»	1
Seine...............	10	10	20
Seine-et-Marne......	»	1	1
Seine-et-Oise.......	3	2	5
Somme...............	4	14	18
Tarn................	»	1	1
Vendée..............	»	1	1
Algérie.............	»	3	3
Martinique..........	»	1	1
Ile de la Réunion....	»	1	1
Bas-Rhin............	6	4	10
Haut-Rhin...........	5	3	8
	106	200	306

Malades d'origine étrangère présents aux asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon, le 1er Janvier 1892 (domiciliés dans la Seine-Inférieure).

PAYS D'ORIGINE :	H	F	TOTAL
Amérique............	1	2	3
Angleterre...........	»	6	6
Danemark..........	1	»	1
Ecosse..............	»	1	1
Irlande..............	»	1	1
Belgique.............	»	1	1
Italie...............	»	2	2
Luxembourg.........	»	1	1
Suisse..............	1	2	3
	3	16	19

II

Dans la période décennale 1881 à 1890, trois mille deux cent trente-deux aliénés, entrant pour la première fois dans les asiles de la Seine-Inférieure, ont été reçus aux établissements de Quatre-Mares et Saint-Yon. Nous avons, pour ne pas faire de double emploi, éliminé de nos relevés toutes les réintégrations : il tombe sous le sens qu'un malade entré plusieurs fois ne constitue toujours qu'une même unité; mais nous avons tenu compte des malades admis par transfèrement, parce que ces malades ayant conservé leur domicile de secours dans la Seine-Inférieure, appartiennent en réalité au département. Si on voulait comparer nos chiffres avec ceux qui sont fournis par les statistiques officielles, et même par nos rapports médicaux, on trouverait de petites différences dues à ce que les malades admis par transfèrement ne sont pas des *admis pour la première fois dans un asile.* Cette explication était nécessaire pour ne pas laisser de doutes sur la méthode que nous avions adoptée.

Nous n'avons pas suivi, pour présenter les diverses formes de folie observées pendant la période décennale de 1881 à 1890, le classement adopté par le Congrès de Paris en 1889, parce que n'ayant pas observé personnellement tous les malades figurant dans nos relevés, nous avons dû nous en référer aux diagnostics que nous trouvions portés. Nous n'avons pas cru devoir tenter de diagnostic rétrospectif, et pour éviter toute incertitude, nous avons réuni toutes les vésanies dans le même groupe.

Les 3,232 aliénés admis pour la première fois dans la période décennale 1881 à 1890 se répartissent ainsi :

	H	F	TOTAL
Domiciliés dans la Seine-Inférieure......	1.533	1.528	3.061
Nés dans la Seine-Inférieure et domiciliés dans un autre département..........	8	10	18
Nés dans la Seine-Inférieure, mais sans domicile reconnu..................	3	»	3
Nés et domiciliés dans un autre département............................	86	45	131
Nés et domiciliés à l'étranger...........	14	»	14
Lieu de naissance et domicile inconnus ..	5	»	5
	1.649	1.583	3.232

On voit que les admissions d'hommes l'ont emporté un peu sur les admissions de femmes, sans toutefois que l'écart ait été considérable. Sur les 3,061 aliénés domiciliés dans la Seine-Inférieure, 26,5 pour cent étaient nés hors du département.

Nous allons procéder, comme nous l'avons fait pour la population traitée au 1er janvier 1892, c'est-à-dire examiner la répartition des admis pour la première fois pendant cette période décennale, en nous plaçant au point de vue du lieu de domicile et au point de vue du lieu de naissance, mais en tenant compte ici des formes de folie.

Les 3,061 admissions de domiciliés dans la Seine-Inférieure se répartissent ainsi, quant au domicile :

Arrondissement de Dieppe. — 108,390 habitants.

Vésanies	129	(55 hommes,	74 femmes).
Folie alcoolique	5	(4 —	1 —).
Idiotie et imbécillité	37	(22 —	15 —).
Folie névrosique	19	(11 —	8 —).
Paralysie générale	26	(18 —	8 —).
Démence sénile et organique	29	(9 —	20 —).
TOTAL	245	(119 hommes,	126 femmes).

Arrondissement du Havre. — 247.277 habitants.

Vésanies	448	(173 hommes,	275 femmes).
Folie alcoolique	29	(20 —	9 —).
Idiotie et imbécillité	60	(31 —	19 —).
Folie névrosique	52	(25 —	25 —).
Paralysie générale	156	(120 —	36 —).
Démence sénile et organique	70	(25 —	45 —).
TOTAL	815	(394 hommes,	421 femmes).

Arrondissement de Neufchatel. — 76,118 habitants.

Vésanies	77	(33 hommes,	44 femmes).
Folie alcoolique	6	(5 —	1 —).
Idiotie et imbécillité	27	(18 —	9 —).
Folie névrosique	16	(7 —	9 —).
Paralysie générale	19	(16 —	3 —).
Démence sénile et organique	20	(10 —	10 —).
TOTAL	165	(89 hommes,	76 femmes).

Arrondissement de Rouen. — 301,481 habitants.

Vésanies	727	(278 hommes,	449 femmes).
Folie alcoolique	128	(109 —	19 —).
Idiotie et imbécillité	123	(75 —	48 —).
Folie névrosique	112	(28 —	84 —).
Paralysie générale	301	(225 —	76 —).
Démence sénile et organique	210	(92 —	118 —).
Total	1,601	(807 hommes,	794 femmes).

Arrondissement d'Yvetot. — 106,610 habitants.

Vésanies	135	(57 hommes,	78 femmes).
Folie alcoolique	6	(5 —	1 —).
Idiotie et imbécillité	30	(19 —	11 —).
Folie névrosique	17	(11 —	6 —).
Paralysie générale	20	(18 —	2 —).
Démence sénile et organique	27	(14 —	13 —).
Total	235	(124 hommes,	111 femmes).

L'arrondissement de Rouen fournit, comme on le voit, plus de la moitié des aliénés. En ceci les conditions d'assistance jouent certainement un grand rôle ; on peut en juger par le nombre des déments séniles qui figurent dans notre tableau et dont une partie n'auraient pas été séquestrés s'ils n'eussent été une gêne à la ville ; mais il est incontestable que les aliénés sont plus nombreux dans l'arrondissement de Rouen que dans les autres. Viennent ensuite par ordre d'importance les arrondissements du Havre, de Dieppe, Yvetot et Neufchatel. Cette constatation n'a rien qui puisse nous surprendre, puisque ce sont les grands centres qui fournissent habituellement la plus forte proportion d'aliénés. Mais le séjour à la ville a aussi son influence sur la forme de l'aliénation mentale ; tandis que la proportion des malades atteints de paralysie générale a été, pour cent aliénés admis :

de l'arrondissement d'Yvetot, 8,5 ;
de l'arrondissement de Dieppe 10,6 ;
de l'arrondissement de Neufchatel 11,5.

Nous trouvons pour l'arrondissement du Havre 18,1 ;
et pour celui de Rouen 18,8.

Ce qui nous a frappé, c'est l'écart considérable entre l'arrondissement de Rouen et les autres arrondissements pour la folie alcoolique. D'après les statistiques, la consommation d'alcool est à peu près la même, par tête, au Havre et à Rouen, et la folie alcoolique est beaucoup plus fréquente ici que là. Quelques alcooliques peuvent être retenus et guéris à l'hospice du Havre, mais nous ne croyons pas qu'on puisse expliquer, par cette seule raison, l'écart que nous avons constaté, et nous estimons que l'alcool est plus pernicieux pour les ouvriers de fabrique dans une ville industrielle comme Rouen, que pour les ouvriers d'un port dans une ville maritime comme le Havre.

On s'étonnera peut être de ne pas trouver une plus forte proportion de folie alcoolique dans une région où l'on parle tant, et certes, à bon droit, d'alcoolisme. C'est que nous n'avons rangé sous cette dénomination que les cas nettement caractérisés de folie toxique. Beaucoup de vésaniques, de déments paralytiques et de déments séniles avaient commis des abus d'alcool, mais, si nous devons tenir compte de cette circonstance dans l'étiologie de la maladie, nous ne pouvons pas ranger dans le cadre de la folie toxique tous ceux qui ont fait des excès de boisson.

Il nous faut maintenant rechercher d'où venaient ces aliénés que nous trouvons domiciliés dans tel ou tel arrondissement. Nous avons déjà dit que plus d'un quart étaient nés hors du département, et, en abordant cet examen, nous allons retrouver les migrations dont nous avons déjà parlé à l'occasion des malades existants dans les asiles de la Seine-Inférieure au 1er janvier dernier.

Nous avons relevé sous forme de tableau, la répartition des 3,061 aliénés admis pour la première fois, de 1881 à 1890 ; nous avons présenté cette répartition par cantons, en indiquant la forme de folie, et les changements de domicile des malades.

VÉSANIES

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune		Ayant quitté la commune non le canton		Ayant quitté le canton non l'arrondissement		Ayant quitté l'arrondiss' non le département		Nés dans d'autres départements		Nés à l'étranger		Lieu de naissance inconnu		TOTAUX		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ROUEN																	
Boos	2	4		1	2	3	3		1	3					8	11	19
Buchy	1	2	1	1	2	3									4	6	10
Clères		3	1	1	1	1	3								5	5	10
Darnétal	8	7	1	2	8	5	2	4	1	1					20	19	39
Duclair	3	2	1	2	1	2	3		2	2					10	8	18
Elbeuf	11	14	4	7	2	6	5	6	18	26		1			40	60	100
Grand-Couronne	4	5	2	1	4	6		4	3	6					13	22	35
Maromme	5	11	2	2	3	8	6	7	2	6					18	34	52
Pavilly	3	2	1	2	2	3	3	3	1						10	10	20
Rouen	44	80			22	37	25	62	36	70	3	5	1		131	254	385
Sotteville	4	4	1		8	4	1	4	4	8			1		19	20	39
	85	134	14	19	55	78	51	90	68	122	3	6	2	—	278	449	727
YVETOT																	
Cany	1	6	1	2	1		1								4	8	12
Caudebec	2	6	1	2	2	1		3	1	1			1		7	13	20
Doudeville	2	4	2	1	4	1		1							8	7	15
Fauville	3	6	1	5	2	1	2								8	12	20
Fontaine-le-Dun	1	1			1		1								3	1	4
Ourville	1			1		1		1							1	3	4
Saint-Valéry-en-Caux	3	4	1	1					2						6	5	11
Valmont	2	3	2		1		1	3		1					6	7	13
Yerville	1	1		2											1	3	4
Yvetot	9	8	1	3	1	2	2	2		2					13	19	32
	25	39	9	19	12	6	7	10	3	4	—	—	1	—	57	78	135
DIEPPE																	
Bacqueville	3	3	2	1	2			1		1					7	6	13
Bellencombre	3	2			2	1		1	2						7	4	11
Dieppe	8	9		1	4	6		5	3	7					15	28	43
Envermeu	3	4	3	2	2				2	2					10	8	18
Eu	3	1	1	1		2		1	2	2					8	8	16
Longueville																	
Offranville	1	2		4	2	2				1					3	9	12
Tôtes	2	3	1	5	1	1	1	2							5	11	16
	25	24	7	14	13	12	1	10	9	13	—	—	—	—	55	74	129
LE HAVRE																	
Bolbec	2	8	3	6	3	3	2	2	2	1					12	20	32
Criquetot-l'Esneval	1		1	3	2	1									4	4	8
Fécamp	3	12	1	3	2		1	5	1	1					8	21	29
Goderville	1	3	3	2			2	2		1					6	10	16
Havre	34	41	2	3	9	32	9	30	60	73	6	6	1		121	187	308
Lillebonne	1	3	1	1	2	2	1	3		1					5	12	17
Montivilliers	5	4	3	2	2	4	1	3	2	1					13	14	27
Saint-Romain	1	1	2	2		2	1	1		1					4	7	11
	48	76	16	4	20	44	17	46	65	79	6	6	1	—	173	275	448
NEUFCHATEL																	
Argueil	1	3		1		2	1								2	6	8
Aumale		1		1			1	1		2					1	5	6
Blangy		3	1			1	2		1						4	4	8
Forges	2	1	2			3	1	1	2						7	5	12
Gournay	1	3	1	2		1	1	1		3					3	10	13
Loudinières		1	2	1	2		1	1							5	3	8
Neufchâtel	2	2	1	1	1	5	1								5	8	13
Saint-Saens	4		1	1		1		1			1				6	3	9
	10	14	8	7	3	13	8	5	3	5	1	—	—	—	33	44	77

FOLIE ALCOOLIQUE

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune H	Nés et domiciliés dans la même commune F	Ayant quitté la commune non le canton H	Ayant quitté la commune non le canton F	Ayant quitté le canton non l'arrondissement H	Ayant quitté le canton non l'arrondissement F	Ayant quitté l'arrondiss' non le département H	Ayant quitté l'arrondiss' non le département F	Nés dans d'autres départements H	Nés dans d'autres départements F	Nés à l'étranger H	Nés à l'étranger F	Lieu de naissance inconnu H	Lieu de naissance inconnu F	TOTAUX H	TOTAUX F	TOTAUX
ROUEN																	
Boos			1												1		1
Buchy	1				1										2		2
Clères					1		1								2		2
Darnétal	2		1		1				1						5		5
Duclair																	
Elbeuf	4				3		1		6						14		14
Grand Couronne	1		2		6		1								10		10
Maromme	2	1			6	1	1								9	2	11
Pavilly			1												1		1
Rouen	10	2			13	3	12	3	21	7	1		1		58	15	73
Sotteville	1				3	2	1		2						7	2	9
	21	3	5		34	6	17	3	30	7	1		1		109	19	128
YVETOT																	
Cany																	
Caudebec																	
Doudeville			2	1											2	1	3
Fauville	1														1		1
Fontaine-le-Dun																	
Ourville																	
Saint-Valéry en-Caux	1														1		1
Valmont																	
Yerville																	
Yvetot	1														1		1
	3		2	1											5	1	6
DIEPPE																	
Bacqueville	1														1		1
Bellencombre		1														1	1
Dieppe	1														1		1
Envermeu	1														1		1
Eu																	.
Longueville																	
Offranville																	
Tôtes	1														1		1
	4	1													4	1	5
LE HAVRE																	
Bolbec					1		1		1						3		3
Criquetot-l'Esneval																	
Fécamp						1		1								2	2
Goderville																	
Havre	3		2		1	1	1	2	9	2		1			16	6	22
Lillebonne					1										1		1
Montivilliers		1														1	1
Saint-Romain																	
	3	1	2		3	2	2	3	10	2		1			20	9	29
NEUFCHATEL																	
Argueil	1														1		1
Aumale										1						1	1
Blangy	1														1		1
Forges																	
Gournay																	
Loudinières							1								1		1
Neufchatel							2								2		2
Saint-Saens																	
	2						3			1					5	1	6

IDIOTIE ET IMBÉCILLITÉ

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune		Ayant quitté la commune non le canton		Ayant quitté le canton non l'arrondissement		Ayant quitté l'arrondiss non le département		Nés dans d'autres départements		Nés à l'étranger		Lieu de naissance inconnu		TOTAUX		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ROUEN																	
Boos	4	1				2		1							4	4	8
Buchy	2			1											2	1	3
Clères	2	1	1												3	1	4
Darnétal	1	1	1					1	1				1		4	2	6
Duclair	3	1		1			1								4	2	6
Elbeuf	4	3	1		1	1			3	1			1		10	5	15
Grand-Couronne	4							1							4	1	5
Maromme	2	2				1	2								4	3	7
Pavilly	4	2													4	2	6
Rouen	21	13			2	2	4	6	8	2		1			35	24	59
Sotteville	1	1				2									1	3	4
YVETOT	48	25	3	2	3	8	7	9	12	3		1	2		75	48	123
Cany	1	2			1										2	2	4
Caudebec	1	1		1											1	2	3
Doudeville	3														3		3
Fauville	3	1													3	1	4
Fontaine-le-Dun	1	1													1	1	2
Ourville	2	1				1									2	2	4
Saint-Valéry-en-Caux	1	1													1	1	2
Valmont	1														1		1
Yerville	2	1													2	1	3
Yvetot	2	1			1										3	1	4
DIEPPE	17	9		1	2	1									19	11	30
Bacqueville	1	2													1	2	3
Bellencombre	2	1	1												3	1	4
Dieppe	3	1	1		1	1	1		1		1				8	2	10
Envermeu	3	1		1											3	2	5
Eu	1	2													1	2	3
Longueville	1	2													1	2	3
Offranville	2	3					1								3	3	6
Tôtes			1	1	1										2	1	3
LE HAVRE	15	12	3	2	2	1	2		1		1				22	15	37
Bolbec	3	3		1				1							3	5	8
Criquetot-l'Esneval	3			1											3	1	4
Fécamp		1			1										1	1	2
Goderville		1		1	1	1									1	3	4
Havre	10	6	1		1		3	2	2	3					17	11	28
Lillebonne	4	1						2							4	3	7
Montivilliers		2	1												1	2	3
Saint-Romain		3					1								1	3	4
NEUFCHATEL	20	17	2	3	3	1	4	5	2	3					31	29	60
Argueil	1		2												3		3
Aumale		1														1	1
Blangy	2	1								1					2	2	4
Forges	3					1									3	1	4
Gournay	1		3		2					2					6	2	8
Loudinières	1	1													1	1	2
Neufchatel		1	1		1										2	1	3
Saint-Saens	1	1													1	1	2
	9	5	6		3	1				3					18	9	27

FOLIE NÉVROSIQUE (*Hystérie*)

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune H	Nés et domiciliés dans la même commune F	Ayant quitté la commune non le canton H	Ayant quitté la commune non le canton F	Ayant quitté le canton non l'arrondissement H	Ayant quitté le canton non l'arrondissement F	Ayant quitté l'arrondisst non le département H	Ayant quitté l'arrondisst non le département F	Nés dans d'autres départements H	Nés dans d'autres départements F	Nés à l'étranger H	Nés à l'étranger F	Lieu de naissance inconnu H	Lieu de naissance inconnu F	TOTAUX H	TOTAUX F	TOTAUX
ROUEN																	
Boos																	
Buchy																	
Clères																	
Darnétal		1		1						1						3	3
Duclair						1										1	1
Elbeuf		3								2						5	5
Grand-Couronne		1														1	1
Maromme						1		1								2	2
Pavilly		1														1	1
Rouen		10				3		2		8		1				24	24
Sotteville										1						1	1
		16		1		5		3		12		1				38	38
YVETOT																	
Cany																	
Caudebec				1												1	1
Doudeville																	
Fauville		1														1	1
Fontaine-le-Dun																	
Ourville																	
Saint-Valéry-en-Caux		1														1	1
Valmont																	
Yerville		1														1	1
Yvetot								1								1	1
		3		1				1								5	5
DIEPPE																	
Bacqueville		1														1	1
Bellencombre								1								1	1
Dieppe																	
Envermeu																	
Eu		1														1	1
Longueville																	
Offranville																	
Tôtes																	
		2						1								3	3
LE HAVRE																	
Bolbec								1								1	1
Criquetot-l'Esneval																	
Fécamp																	
Goderville																	
Havre		6		1		1		1		2		1				12	12
Lillebonne																	
Montivilliers						1										1	1
Saint-Romain																	
		6		1		2		2		2		1				14	14
NEUFCHATEL																	
Argueil																	
Aumale				1		1										2	2
Blangy																	
Forges																	
Gournay				1												1	1
Loudinières		1														1	1
Neufchâtel																	
Saint-Saens																	
		1		2		1										4	4

FOLIE NÉVROSIQUE (*Epilepsie*)

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune		Ayant quitté la commune non le canton		Ayant quitté le canton non l'arrondissement		Ayant quitté l'arrondisst non le département		Nés dans d'autres départements		Nés à l'étranger		Lieu de naissance inconnu		TOTAUX		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ROUEN																	
Boos																	
Buchy		1	1			1									1	2	3
Clères					1					1					1	1	2
Darnétal					1	1									1	1	2
Duclair	2			1											2	1	3
Elbeuf	1	3	1	2		1			3	2					5	8	13
Grand-Couronne						1			1						1	1	2
Maromme	1	6				2									1	8	9
Pavilly																	
Rouen	5	9			3	5	4		2	7		1			14	22	36
Sotteville		1			1		1	1							2	2	4
	9	20	2	3	6	11	5	1	6	10		1			28	46	74
YVETOT																	
Cany	1														1		1
Caudebec	2								1						3		3
Doudeville			1												1		1
Fauville	1														1		1
Fontaine-le-Dun	1														1		1
Ourville					1										1		1
Saint-Valéry-en-Caux					1										1		1
Valmont	1														1		1
Yerville	1														1		1
Yvetot		1														1	1
	7	1	1		2				1						11	1	12
DIEPPE																	
Bacqueville	2														2		2
Bellencombre																	
Dieppe	2				2	2	1								5	2	7
Envermeu																	
Eu		2														2	2
Longueville																	
Offranville	2		1												3		3
Tôtes		1					1								1	1	2
	6	3	1		2	2	2								11	5	16
LE HAVRE																	
Bolbec		1	1	1	1										2	2	4
Criquetot-l'Esneval																	
Fécamp	1														1		1
Goderville	1														1		1
Havre	8	5	1		2	1	3		3						17	6	23
Lillebonne		3	2	1	1		1								4	4	8
Montivilliers																	
Saint-Romain						1										1	1
	10	9	4	2	4	2	4		3						25	13	38
NEUFCHATEL																	
Argueil																	
Aumale																	
Blangy		1													1	1	2
Forges	2														2		2
Gournay		2		1											1	2	3
Loudinières																	
Neufchatel	1				1	1									2	1	3
Saint-Saens						1	1								1	1	2
	3	3		1	1	2	1								7	5	12

PARALYSIE GÉNÉRALE

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune		Ayant quitté la commune non le canton		Ayant quitté le canton non l'arrondissement		Ayant quitté l'arrondiss' non le département		Nés dans d'autres départements		Nés à l'étranger		Lieu de naissance inconnu		TOTAUX		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ROUEN																	
Boos					1				3						4		4
Buchy									2						2		2
Clères			1				1								2		2
Darnétal	1		1		4		1	2							7	2	9
Duclair																	
Elbeuf	19	2	6	3	7	4	1	1	24	7					57	17	74
Grand-Couronne	3		1		5	2	1		3	1		1			13	4	17
Maromme	1		3		2		3	1	1						10	1	11
Pavilly	1														1		1
Rouen	28	11			18	5	21	16	46	16	2	1			115	49	164
Sotteville	4				2	1	4	1	3	1			1		14	3	17
	57	13	12	3	39	12	32	21	82	25	2	2	1		225	76	301
YVETOT																	
Cany	1														1		1
Caudebec	2		1					1	1						.4	1	5
Doudeville	2														2		2
Fauville					1										1		1
Fontaine-le-Dun							1								1		1
Ourville	1								1						2		2
Saint-Valéry-en-Caux																	
Valmont																	
Yerville																	
Yvetot	4	1	1		1				1						7	1	8
	10	1	2		2		1	1	3						18	2	20
DIEPPE																	
Bacqueville								1								1	1
Bellencombre																	
Dieppe	3	1			1	1	1	2	3						8	4	12
Envermeu	2	1					1								3	1	4
Eu	4						1			1					5	1	6
Longueville			1												1		1
Offranville									1						1		1
Tôtes								1								1	1
	9	2	1		1	1	3	4	4	1					18	8	26
LE HAVRE																	
Bolbec	2		1		2	1		1	1						6	2	8
Criquetot-l'Esneval		1														1	1
Fécamp	1		1				1								3		3
Goderville	1								1						2		2
Havre	25	5	3		6	3	12	6	57	19	3				106	33	139
Lillebonne	1								1						2		2
Montivilliers							1								1		1
Saint-Romain																	
	30	6	5		8	4	14	7	60	19	3				120	36	156
NEUFCHATEL																	
Argueil																	
Aumale			1				1		2						4		4
Blangy	1		1					1	1						3	1	4
Forges				1	1										1	1	2
Gournay		1														1	1
Loudinières																	
Neufchatel	1				3				2						6		6
Saint-Saens	1						1								2		2
	3	1	2	1	4		2	1	5						16	3	19

DÉMENCE SÉNILE ET ORGANIQUE

ARRONDISSEMENTS	Nés et domiciliés dans la même commune		Ayant quitté la commune non le canton		Ayant quitté le canton non l'arrondissement		Ayant quitté l'arrondiss non le département		Nés dans d'autres départements		Nés à l'étranger		Lieu de naissance inconnu		TOTAUX		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ROUEN																	
Boos			2	1		1			3						5	2	7
Buchy		1				1	2								2	2	4
Clères	1			1	2			1							3	2	5
Darnétal	3	5	1	1	3	1	1	2							8	9	17
Duclair		1				1										2	2
Elbeuf	4	3	1	1	2	4	1	4	11	6					19	18	37
Grand-Couronne	1	4			2	1		2	1	2	1	1			5	10	15
Maromme		2	1	2	2		1	2							4	6	10
Pavilly	1						1								2		2
Rouen	8	17			6	8	11	18	11	17			1		37	60	97
Sotteville	1	1			2	3			4	3					7	7	14
	19	34	5	6	19	20	17	29	30	28	1	1	1		92	118	210
YVETOT																	
Cany																	
Caudebec					1										1		1
Doudeville	3	2			1										4	2	6
Fauville	1	1	1	1											2	2	4
Fontaine-le-Dun	2														2		2
Ourville				2												2	2
Saint-Valéry-en-Caux	2														2		2
Valmont		2														2	2
Yerville							1								1		1
Yvetot	1	1	1	3		1									2	5	7
	9	6	2	6	2	1	1								14	13	27
DIEPPE																	
Bacqueville		1		1		1		1								4	4
Bellencombre						1										1	1
Dieppe	3	2			2	2			1	1					6	5	11
Envermeu	1														1		1
Eu		2							1						1	2	3
Longueville	1														1		1
Offranville						2		2								4	4
Tôtes		3		1												4	4
	5	8		2	2	6		3	2	1					9	20	29
LE HAVRE																	
Bolbec	1					1	2	2		1					3	4	7
Criquetot-l'Esneval	1						1								2		2
Fécamp																	
Goderville	1	2	1												1	3	4
Havre	2	5	2		1	7	1	5	9	12	2	2			15	33	48
Lillebonne			1						1						1	1	2
Montivilliers		2	1		2										2	3	5
Saint-Romain			1		1										1	1	2
	5	9	6		4	8	4	7	10	13	2	2			25	45	70
NEUFCHATEL																	
Argueil	1	1	1	1						2					2	4	6
Aumale									1	1					1	1	2
Blangy									1						1		1
Forges								1								1	1
Gournay	1								1	1					2	1	3
Loudinières			1												1		1
Neufchatel			2												2		2
Saint-Saens		1		1	1	1									1	3	4
	2	2	4	2	1	1		1	3	4					10	10	20

RÉCAPITULATION

ARRONDISSEMENTS	NOMBRE de communes dans le canton	Nombre de communes où des aliénés étaient domiciliés	TOTAUX GÉNÉRAUX		
			H	F	
ROUEN					
Boos	17	14	22	17	39
Buchy	21	12	13	11	24
Clères	22	12	16	9	25
Darnétal	20	13	45	36	81
Duclair	20	12	16	14	30
Elbeuf	10	8	145	113	258
Grand-Couronne	11	9	46	39	85
Maromme	13	11	46	56	102
Pavilly	21	9	18	13	31
Rouen	1	1	390	4 8	838
Sotteville	2	2	50	38	88
	158	103	807	794	1.601
YVETOT					
Cany	19	7	8	10	18
Caudebec	15	12	16	17	33
Doudeville	17	10	20	10	30
Fauville	18	12	16	16	32
Fontaine-le-Dun	16	6	8	2	10
Ourville	16	7	6	7	13
Saint-Valéry-en-Caux	14	7	11	7	18
Valmont	23	10	8	9	17
Yerville	19	8	5	5	10
Yvetot	11	8	26	28	54
	168	87	124	111	235
DIEPPE					
Bacqueville	25	13	11	14	25
Bellencombre	15	11	10	8	18
Dieppe	9	6	43	41	84
Envermeu	30	12	18	11	29
Eu	22	10	15	16	31
Longueville	23	3	3	2	5
Offranville	18	11	10	16	26
Tôtes	26	18	9	18	27
	168	84	119	126	245
LE HAVRE					
Bolbec	14	9	29	34	63
Criquetot-l'Esneval	21	10	9	6	15
Fécamp	12	6	13	24	37
Goderville	23	13	11	16	27
Havre	5	5	292	288	580
Lillebonne	14	9	17	20	37
Montivilliers	15	12	17	21	38
Saint-Romain	19	11	6	12	18
	123	75	394	421	815
NEUFCHATEL					
Argueil	15	9	7	10	17
Aumale	13	5	7	9	16
Blangy	23	12	11	9	20
Forges	21	11	14	8	22
Gournay	16	9	12	17	29
Loudinières	17	7	7	5	12
Neufchatel	22	10	18	10	28
Saint-Saens	15	6	13	8	21
	142	69	89	76	165

La migration vers les villes et vers les centres industriels joue un rôle considérable dans l'augmentation du nombre de leurs aliénés. Les effets de la migration varient suivant qu'on examine telle ou telle forme d'aliénation mentale. Constatons d'abord qu'il ne s'agit pas ici de ces migrateurs que Foville a décrits, qui changent constamment de pays, parce qu'ils sont tourmentés par des hallucinations, et qui cherchent à dépister leurs prétendus persécuteurs. Ces aliénés ne restent pas assez longtemps en place pour acquérir un domicile de secours dans un département.

En dehors de ces cas pathologiques, la population des diverses régions de la France subit des fluctuations tenant, en partie, au déplacement d'un certain nombre d'individus qui, pour une cause ou une autre, vont se fixer sur un autre point du territoire ; ce que nous examinons, ce sont les relations pouvant exister entre ces déplacements et le développement de la folie.

Si nous prenons le cadre des vésanies, nous voyons qu'un peu moins du tiers des malades admis, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, avaient conservé leur domicile à leur lieu de naissance ; les deux autres tiers avaient quitté leur commune d'origine. Au Havre et à Elbeuf, le nombre des vésaniques nés hors du département l'emporte même de beaucoup sur celui des vésaniques originaires de la ville. On a vu que, dans l'ensemble des admissions, les hommes étaient un peu plus nombreux que les femmes ; mais les vésanies sont plus communes chez la femme que chez l'homme.

La folie alcoolique se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle est relativement rare dans les arrondissements de Dieppe, de Neufchatel et d'Yvetot ; nous la trouvons plus fréquente dans celui du Havre, quant à l'arrondissement de Rouen, il compte 128 éthyliques sur les 174 relevés pour le département, de 1881 à 1890.

Un fait digne de remarque : si la folie alcoolique augmente dans une circonscription, elle frappe surtout la population immigrée. Ainsi, Rouen est le canton où nous relevons le plus de folie alcoolique : sur 73 cas (58 hommes, 15 femmes), nous ne trouvons que dix hommes et deux femmes nés à Rouen, c'est-à-dire environ un sixième.

Les individus atteints d'idiotie, d'imbécillité ou de folie névrosique se déplacent peu. Les enfants qui entrent à l'asile ont habi-

tuellement conservé leur domicile de secours à leur lieu de naissance. En tout cas, ils ne se déplacent habituellement qu'avec leur famille; pour les adultes, nous ne voyons guère le déplacement opéré ailleurs que dans des centres importants, Dieppe, le Havre, Elbeuf, Rouen. Comme il s'agit ici, le plus souvent, de dégénérescences natives, les migrations de l'individu offrent pour nous, moins d'intérêt que dans les autres formes de folie.

Nous arrivons à la paralysie générale, et nous avons à faire une constatation analogue à celle que nous avons faite pour la folie alcoolique. Lorsque la paralysie générale envahit une circonscription c'est plus particulièrement sur l'élément étranger qu'elle sévit; le cas est surtout fréquent chez les femmes.

L'étiologie de la périencéphalite est une question à l'ordre du jour et nous reviendrons sur son développement dans le département de la Seine-Inférieure.

En ce qui concerne la démence sénile et organique, l'admission des malades est beaucoup plus une question d'assistance qu'une affaire intéressant la sécurité publique. Dans les villes on conserve moins facilement les déments qu'à la campagne; aussi plus de la moitié des déments sont-ils envoyés à l'asile par les trois cantons du Havre, Elbeuf et Rouen. Le nombre des femmes l'emporte sensiblement sur celui des hommes.

Nous arrivons à la répartition, d'après leur lieu de naissance, des malades admis pour la première fois, pendant la période 1881 à 1890.

Sur les 3,232 admis, 2,260 seulement (1,102 hommes, 1,158 femmes) étaient nés dans le département. Nous avons déjà signalé la proportion relativement considérable des malades domiciliés dans la Seine-Inférieure, mais nés au-dehors. Nous avons relevé, dans le tableau ci-contre, le lieu de naissance des aliénés originaires de la Seine-Inférieure, en indiquant leur répartition par canton d'origine et par forme de folie.

DOMICILE	Nomb. de Communes dans le canton	Nomb. de Comm. où sont nés des aliénés.	Vésanies		Folie alcoolique		Idiotie et Imbécillité		Folie névrosique — Hystéric.		Folie névrosique — Epilepsie		Paralysie générale		Démence sénile et organique		Total		TOTAL GÉNÉRAL
			H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ARRONDISSEMENT DE DIEPPE																			
Cantons de Bacqueville	25	17	11	10	3		1	2		1	2		2	1	1	6	20	20	40
— Bellencombre	15	12	7	7	1	1	3	1		1	1		1			2	15	12	27
— Dieppe	9	4	10	16	3		5	1			2		4	1	3	3	27	21	48
— Envermeu	30	18	12	10	1		4	2		1	3	2	3	2	1	1	24	18	42
— Eu	22	12	9	5	1		2	3		1	2	2	5		1	2	20	13	33
— Longueville	23	13	1	6	1		1	2				1	2		2	4	7	13	20
— Offranville	18	15	7	10			2	4			3	1	1	1	3	2	16	18	34
— Tôtes	26	20	7	19	2		1	1				1	1	4		6	11	31	42
	168	111	66	83	12	1	19	16		4	13	7	19	9	11	26	140	146	286
ARRONDISSEMENT DU HAVRE																			
Cantons de Bolbec	14	14	12	15	1		3	4			2	3	7	3	3	2	28	27	55
— Criquetot-l'Esneval	21	10	6	10			3	2				1		1	2	1	11	15	26
— Fécamp	12	11	8	31		1		1			4		4	2		1	16	36	52
— Goderville	23	17	11	18	1		1	2			1		2	1	2	5	18	26	44
— Havre	5	5	40	49	7		11	8		9	9	5	30	5	2	8	99	84	183
— Lillebonne	14	11	5	14	2	1	4	1			3	4	2	2		3	16	25	41
— Montivilliers	15	13	9	11	1	1	2	2					2	1		4	14	19	33
— Saint-Romain	19	12	4	13			1	3		1			1			2	6	19	25
	123	93	95	161	12	3	25	23		10	19	13	48	15	9	26	208	251	459
ARRONDISSEMENT DE NEUFCHATEL																			
Cantons d'Argueil	15	10	2	6			3						1	1	3	2	9	9	18
— Aumale	13	6	»	4	2			1		1	1		2		1		6	6	12
— Blangy	23	10	3	6		1	3	1			1	1	4				11	9	20
— Forges	21	15	6	9	1		4	1			3		4	1	1	2	19	13	32
— Gournay	16	10	2	11			4	1		1		2	1	1	2	1	9	17	26
— Loudinières	17	10	2	4			1	1		2			3	1	2		8	8	16
— Neufchatel	22	12	5	6			1	3		1	1		1		2	2	10	12	22
— Saint-Saens	15	11	8	10	2		2	2				1	1	2	1	7	14	22	36
	142	84	28	56	5	1	18	10		5	6	4	17	6	12	14	86	96	182
ARRONDISSEMENT DE ROUEN																			
Cantons de Boos	17	15	4	12	5		5	1		1			3		3	4	20	18	38
— Buchy	21	11	8	4	1		2	1			2	1				2	13	8	21
— Clères	22	16	9	9	1		3	1		1		2	5		1	1	19	14	33
— Darnétal	20	14	14	24	7	3	2	3		3		1	9	1	8	9	40	44	84
— Duclair	20	12	10	9	3		4	2			3	2		2		3	20	18	38
— Elbeuf	10	9	18	29	4		6	4		3	2	6	28	6	5	5	63	53	116
— Grand-Couronne	11	8	11	16	5		4	1		1	3		7	2	2	5	32	25	57
— Maromme	13	13	13	31	4	2	3	5		1	3	9	15	3	7	7	45	58	103
— Pavilly	21	15	8	13	3	3	5	3		1			2		5		23	20	43
— Rouen	1	1	61	99	23	3	23	13		11	7	12	39	18	13	23	166	179	345
— Sotteville	2	2	7	8	5		1	1				1	8		2	2	23	12	35
	158	116	163	254	61	11	58	35		22	20	34	116	32	46	61	464	449	913
ARRONDISSEMENT D'YVETOT																			
Cantons de Cany	19	14	4	15			4	2			3		5	1	1	2	17	20	37
— Caudebec	15	14	10	22			2	3		1	4		4		2		22	26	48
— Doudeville	17	14	9	14	2	1	6	1			2		4	3	6	6	29	25	54
— Fauville	18	17	9	17	1	2	4	2		1	1		2		4	2	21	24	45
— Fontaine-le-Dun	16	10	2	8	2		1	1		1	1		1	2	3	2	10	14	24
— Ourville	16	12	7	3			3	2					4	1	2	3	16	9	25
— Saint-Valéry-en-Caux	14	9	7	13	2		2	1		1			2		2		15	15	30
— Valmont	23	18	10	16			2	1			2		4		2	4	20	21	41
— Yerville	19	17	9	10	1		2	3		1	1		4	4		2	17	20	37
— Yvetot	11	9	18	22	3	1	2	2		1	1	1	10	5	3	10	37	42	79
	168	134	85	140	11	4	28	18		6	15	1	40	16	25	31	204	216	420
RÉCAPITULATION :																			
Arrondissements de Dieppe	168	111	66	83	12	1	19	16		4	13	7	19	9	11	26	140	146	286
Havre	123	93	95	161	12	3	25	23		10	19	13	48	15	9	26	208	251	459
Neufchatel	142	84	28	56	5	1	18	18		5	6	4	17	6	12	14	86	96	182
Rouen	158	116	163	254	61	11	58	35		22	20	34	116	32	46	61	464	449	913
Yvetot	168	134	85	140	11	4	28	18		6	15	1	40	16	25	31	204	216	420
	759	538	437	694	101	20	148	102		47	73	59	240	78	103	158	1102	1158	2260

L'écart entre le nombre des aliénés qui sont nés dans un arrondissement et le nombre des aliénés qui sont domiciliés dans ce même arrondissement peut être considérable. Nous avons déjà constaté le fait en parlant des malades présents dans les asiles de la Seine-Inférieure au 1er janvier 1892. La différence entre le nombre des originaires et celui des domiciliés est beaucoup plus sensible, quand nous examinons les admissions d'une période décennale. Dans la période 1881 à 1890, celle qui nous occupe en ce moment, nous descendons :

Pour l'arrondissement de Rouen, de 1,601 domiciliés à 913 originaires ;
Pour l'arrondissement du Havre, de 815 des premiers à 459 des seconds.

L'inverse s'observe dans les autres arrondissements, et nous montons :

Pour l'arrondissement de Dieppe, de 245 domiciliés à 286 originaires ;
Pour l'arrondissement de Neufchatel, de 165 à 182 ;
Enfin, pour l'arrondissement d'Yvetot, de 235 à 420.

Les différentes formes de folie se répartissent d'une manière beaucoup plus égale, dans les divers arrondissements, d'après les lieux de naissance que d'après les lieux de domicile.

Nous avons cru intéressant d'établir un rapprochement d'une part entre la somme des aliénés *originaires* d'une circonscription et la population de celle-ci ; d'autre part entre cette même population et le total des malades *domiciliés* sur son territoire.

Admis pour la première fois dans les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure de 1881 à 1890.

PROPORTION PAR RAPPORT A LA POPULATION.

	Répartition d'après le lieu de naissance.			Répartition d'après le lieu de domicile.		
ARRONDt DE DIEPPE.	1/378 hab., ou		26,38 °/ooo	1/446 hab., ou		22,60 °/ooo
Bacqueville	1/338	—	29,52	1/541	—	18,45
Bellencombre	1/263	—	37,88	1/395	—	25,35
Dieppe	1/578	—	17.28	1/330	—	30,24
Envermeu	1/314	—	31,80	1/455	—	21,96
Eu	1/526	—	18,97	1/560	—	17,82
Longueville	1/361	—	25,87	1/445	—	6,91
Offranville	1/321	—	31,10	1/420	—	23,78
Tôtes	1/266	—	37,54	1/414	—	24,13
ARRONDt DU HAVRE.	1/538	—	18,55	1/303	—	32,95
Bolbec	1/410	—	24,38	1/358	—	27,93
Criquetot	1/471	—	21,19	1/807	—	12,22
Fécamp	1/311	—	24,32	1/577	—	17,30
Goderville	1/285	—	35,05	1/464	—	21,51
Havre	1/743	—	13,44	1/234	—	42,61
Lillebonne	1/336	—	29,74	1/372	—	26,84
Montivilliers	1/507	—	19,70	1/440	—	22,69
Saint-Romain	1/476	—	21,76	1/661	—	15,12
ARt DE NEUFCHATEL.	1/418	—	23,91	1/461	—	21,67
Argueil	1/369	—	27,05	1/391	—	25,55
Aumale	1/598	—	16,70	1/448	—	22,27
Blangy	1/605	—	16,51	1/605	—	16,51
Forges	1/367	—	27,20	1/534	—	18,70
Gournay	1/403	—	24,75	1/362	—	27,61
Loudinières	1/471	—	21,20	1/628	—	15,90
Neufchatel	1/567	—	17,60	1/446	—	22,41
Saint-Saëns	1/218	—	45,75	1/374	—	26,69

	Répartition d'après le lieu de naissance.			Répartition d'après le lieu de domicile.		
ARROND^{t} DE ROUEN..	1/330	—	30,28	1/188	—	53,10
Boos............	1/279	—	35,77	1/272	—	36,71
Buchy..........	1/325	—	30,70	1/284	—	35,09
Clères...........	1/225	—	44,41	1/477	—	20,95
Darnetal..	1/241	—	41,40	1/250	—	39,92
Duclair..........	1/316	—	31,58	1/401	--	24,93
Elbeuf...........	1/373	—	26,76	1/167	—	59,52
Grand-Couronne..	1/369	—	27,09	1/247	—	40,40
Maromme........	1/257	—	38,89	1/257	—	38,51
Pavilly...........	1/360	—	27,74	1/500	—	20, »
Rouen...........	4/325	—	30,70	1/134	—	74,58
Sotteville.........	1/601	—	16,62	1/239	—	41,79
ARROND^{t} D'YVETOT...	1/253	—	39,39	1/453	—	22,04
Cany............	1/298	—	33,50	1/613	—	16,30
Caudebec........	1/218	—	45,77	1/317	—	31,47
Doudeville.......	1/198	—	50,36	1/357	—	27,97
Fauville.........	1/214	—	46,64	1/301	—	33,17
Fontaine-Ledun..	1/319	—	31,33	1/765	—	13,05
Ourville..........	1/329	—	30,34	1/633	—	15,77
Saint-Valéry.....	1/372	—	26,84	1/620	—	16,10
Valmont.........	1/352	—	28,40	1/849	—	11,77
Yerville..........	1/251	—	39,78	1/929	—	10,75
Yvetot..........	1/176	—	56,81	1/257	—	38,83

En comparant le chiffre de la population actuelle à celui des aliénés répartit d'après le lieu de naissance et d'après le lieu de domicile, nous pouvons apprécier les effets de la migration d'un canton à un autre, et de l'immigration dans le département, pendant la période de 1881 à 1890. Nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point, pour ne pas nous y arrêter ; disons cependant que cette opération effectuée pour le lieu de naissance, nous a donné un résultat tout à fait paradoxal au premier abord : l'arrondissement du Havre fournit la proportion la plus faible, l'arrondissement d'Yvetot, la plus forte. Le minimum est au Havre, avec une proportion de 13,44, le maximum est à Yvetot avec celle de 56,81, pour 10,000 habitants. La proportion trouvée pour le Havre est trop faible, parce qu'il s'agit d'une ville en voie d'accroissement, et dont la population augmente par immigration. Pour établir un

rapport exact entre le nombre des aliénés originaires d'une circonscription et le contingent de celle-ci, il faudrait pouvoir faire abstraction de la masse des individus immigrés. Malheureusement, nous n'avons pas, entre les mains, les éléments nécessaires pour procéder de la sorte.

La population du canton d'Yvetot est en voie de décroissance ; mais cette diminution est insuffisante, croyons-nous, pour altérer sensiblement le quotient obtenu par nous.

Nous avons recherché si les communes, lieu de naissance des aliénés, formaient des groupes, et si l'on pouvait trouver trace, sur tel ou tel point, de foyers d'aliénation, dus à des conditions héréditaires spéciales. Nous avons, à cet effet, tracé une carte du département et pointé toutes les communes où nous avions relevé la naissance d'aliénés. Nous n'avons pas trouvé les foyers que nous cherchions, mais une grande ligne pour la description de laquelle nous sommes obligés de dire un mot de la configuration géographique du département. D'une manière générale, la Seine-Inférieure a la forme d'un triangle dont le sommet serait au Havre ; la mer forme l'un des côtés ; l'autre est constitué par la grande vallée de la Seine, et la petite vallée de l'Andelle. A la base du triangle, se trouvent deux vallées, séparées par une ligne de partage des eaux ; au nord, la Bresle qui se jette dans la Manche ; au sud, l'Epte, affluent de la Seine. Entre la Seine et la mer se trouve un vaste plateau dont Yvetot occupe un des points culminants. Or, c'est sur ce plateau que nous trouvons les cantons où, proportionnellement, nous relevons le plus grand nombre de naissances d'aliénés. En teintant ces cantons sur notre carte, nous avons tracé la ligne de partage des eaux qui descendent d'un côté, directement à la mer, de l'autre côté, à la Seine ; en d'autres termes, nous avions teinté la partie la plus élevée du plateau. L'altitude n'en est pas suffisante pour qu'on puisse lui attribuer la moindre influence. En outre, nous nous trouvons toujours en présence de cette anomalie, déjà signalée au début de ce travail (en parlant du développement de la folie dans l'arrondissement d'Yvetot), que la région où nous rencontrons la plus forte proportion d'aliénés est un grand centre agricole. La cause exacte de cette particularité nous échappe, et nous ne pouvons émettre que des hypothèses.

On connaît la tendance générale des habitants des campagnes à

abandonner leur lieu d'origine pour se porter vers la ville. De plus, pendant ces dernières années, l'agriculture a subi des crises qui ont dû augmenter l'émigration de la campagne à la ville. Dans le pays de Caux, c'est-à-dire sur le plateau qui s'étend entre la mer et la vallée de la Seine, on voyait autrefois un assez grand nombre d'ouvriers qui trouvaient dans les travaux agricoles un salaire rémunérateur, pendant une partie de l'année, et qui, restant sur place, travaillaient comme tisserands, dans la morte saison des travaux des champs. L'industrie a subi, elle aussi, des transformations, et les tisserands à la main ne gagnent plus leur vie. De là, pour cette catégorie d'ouvriers, une cause de misère et de migration. Nous avons tout lieu de croire que cette migration de la campagne à la ville a une influence néfaste sur tous ceux qui n'ont pas le cerveau bien équilibré.

Nous n'osons pas nous aventurer plus loin dans la série des hypothèses et discuter la question de savoir si des conditions hygiéniques défavorables ont pu développer, sur le plateau du pays de Caux, un foyer de dégénérescence ; nous aurions besoin de nouvelles recherches pour aborder ce sujet.

Nous complèterons notre relevé des admissions premières de 1881 à 1890 en indiquant le lieu d'origine des malades domiciliés dans la Seine-Inférieure, mais nés dans un autre département ou à l'étranger.

Admissions premières de 1881 a 1890.

Lieu d'origine des malades domiciliés dans la Seine-Inférieure, mais nés dans un autre département.

DÉPARTEMENTS où les malades sont nés.	Vésanies.		Folie alcoolique.		Idiotie et imbécillité.		Folie névrosique.		Paralysie générale.		Démence sénile et organique.		Totaux généraux.		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Ain		1					1						1	1	2
Aisne		3	1			1			2				3	4	7
Allier		1												1	1
Ardennes										1				1	1
Hautes-Alpes	1												1		1
Aube	2										1		3		3
Aveyron		3	1					1					1	4	5
Bouches-du-Rhône												1		1	1
Calvados	16	1[illegible]	1	1	1	1		5	15	9	1	9	34	44	7[illegible]
Cantal	1	3							2				3	3	6
Charente		1												1	1
Charente-Inférieure		2							1		1		2	2	4
Cher		1										1		2	2
Corrèze									2		1		3		3
Côte-d'Or	2	2									1		3	2	5
Côtes-du-Nord	5	14	1	2					5	2	2	1	13	19	32
Dordogne											1		1		1
Drôme		1												1	1
Eure	28	49	6		3	4	1	7	37	11	17	19	92	90	182
Eure-et-Loir		2	1						2				3	2	5
Finistère	12	8	3	1		1		1	7	2	1	1	23	14	37
Gard	1												1		1
Garonne (Haute)	1	1							3				4	1	5
Gers			1						1				2		2
Gironde	1	2							2				3	2	5
Hérault									1				1		1
Ille-et-Vilaine	5	3	2	1			1		4		1		13	4	17
Indre		3							1				1	3	4
Indre-et-Loire	1												1		1
Isère			1						2				3		3
Jura	1										1		2		2
Loir-et-Cher	1	2									1		2	2	4
Haute-Loire		1		1										2	2
Loire	1	1								1			1	2	3
Loire-Inférieure	1	1	1		1				2				5	1	6
Loiret	2				1				2			1	5	1	6
Lot	1	1											1	1	2
Lot-et-Garonne	1												1		1
Lozère		1							1				1	1	2
Maine-et-Loire		1	1										1	1	2
Manche	17	9	3	1	1		1		10	4	1	1	33	15	4[illegible]
Haute-Marne	1	3						1	2				3	4	7
Marne		2			2					1			2	3	5
Mayenne	4	1	1					1	3			1	8	3	11
A reporter	106	142	24	7	9	7	4	16	107	31	30	35	280	238	518

DÉPARTEMENTS où les malades sont nés.	Vésanies.		Folie alcooliqᵉ.		Idiotie et imbécillité.		Folie névrosique.		Paralysie générale.		Démence sénile et organique.		Totaux généraux.		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Report.......	106	142	24	7	9	9	4	16	107	31	30	35	280	238	518
Meurthe-et-Moselle..		1	1				2		1	3			4	4	8
Meuse.............	3	1					1		2		1		7	1	8
Morbihan		1	1						2				3	1	4
Nièvre............	1	2							1		1	1	3	3	6
Nord..............	3	2			1				1	1	1		6	3	9
Oise..............	1	5	2		1			3	1		1	3	6	11	17
Orne..............	6	12	1				1		10	1	2	2	20	15	35
Pas-de-Calais	3	2	1					1	1			1	5	4	9
Puy-de-Dôme.......	3	2							1	1			4	3	7
Basses-Pyrénées.....		1		1	1				1				2	2	4
Rhône.............		2				1			1				1	3	4
Haute-Saône........		2							1			2	1	4	5
Sarthe	1	1	1						1	1			3	2	5
Savoie.............	1												1		1
Seine	6	11	6				2	2	7		1	2	22	15	37
Seine-et-Marne		1	1		2				2	1			5	2	7
Seine-et-Oise		1						1						2	2
Somme	6	12		1		1			5	5	5		16	19	35
Var..........	1												1		1
Vendée............										1				1	1
Haute-Vienne		1												1	1
Vosges............		1									1		1	1	2
Yonne			1						1		1		3		3
Algérie............		1						1	1				1	2	3
Martinique.........		1							1				1	1	2
Alsace-Lorraine.....	7	18	1	1	1				6		1		16	19	35
Totaux.........	148	223	40	10	15	9	10	24	154	45	45	46	412	357	769

Malades nés à l'Etranger et ayant fixé leur domicile dans le département de la Seine-Inférieure.

Allemagne..........		2							1		1	2	2	4	6
Angleterre	2	8		1	1				1				4	9	13
Autriche...........	1												1		1
Belgique	2					1			1		1	1	4	2	6
Espagne...........											1		1		1
Etats-Unis..........	1												1		1
Hollande..........									1				1		1
Italie..............	2	1								1			2	2	4
Luxembourg								1	1				1	1	2
Portugal...........								1						1	1
Russie	1												1		1
Suisse............/.	1	1	1					1		1			2	3	5
Etats-Unis d'Amériqᵉ		1												1	1
Totaux......	10	13	1	1	1	1		3	5	2	3	3	20	23	43

Comme on l'a vu pour les aliénés présents au 1er janvier, les départements limitrophes fournissent à la Seine-Inférieure une notable partie des aliénés originaires d'un autre département. On peut toujours constater la prédominance marquée de la migration de l'ouest vers l'est, et un nombre relativement assez élevé d'alsaciens-lorrains.

Sur 412 hommes domiciliés dans la Seine-Inférieure mais originaires d'un autre département et admis à l'asile de Quatre-Mares dans la période décennale de 1881 à 1890, nous en relevons 40 atteints de folie alcoolique et 154 atteints de paralysie générale.

En ce qui concerne les aliénés d'origine étrangère à la France, c'est l'Angleterre qui fournit relativement la proportion la plus forte, ce qu'expliquent les relations de voisinage, et les facilités de communication.

III

L'étiologie de la paralysie générale est une question à l'ordre du jour et nous avons pensé intéressant de former un chapitre spécial pour les cas de paralysie générale observés de 1881 à 1890, dans le département de la Seine-Inférieure.

Déjà, on a pu voir combien était fréquente la paralysie générale chez les malades qui étaient venus d'un autre département pour se fixer dans la Seine-Inférieure et nos relevés ont montré, ce qui est bien connu d'ailleurs, que sa fréquence augmente dans les centres populeux. Nous ne voulons pas aborder ici la discussion sur le rôle que peuvent jouer l'alcoolisme, la syphilis ou les autres diathèses dans le développement de la paralysie générale ; ce que nous examinons, en ce moment, c'est la répartition, sur les divers points du département, des malades atteints de démence paralytique. Or, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à préciser le point où l'affection s'était développée et nous avons fait le relevé des communes où ces malades étaient domiciliés.

Lieu de domicile des malades atteints de paralysie générale, domiciliés dans la Seine-Inférieure, et admis à Quatre-Mares et à Saint-Yon, pendant la période décennale 1881-1890.

ARRONDISSEMENT DE DIEPPE

POPULATION		H.	F.	TOTAL
—	CANTON DE BACQUEVILLE	—	—	—
1.638	Luneray		1	1
	CANTON DE BELLENCOMBRE			
	Néant			
	CANTON DE DIEPPE			
22.771	Dieppe	8	4	12
	CANTON D'ENVERMEU			
661	Bailly-en-Rivière	1		1
2.363	Saint-Nicolas-d'Aliermont	1	1	2
	CANTON D'EU			
4.693	Eu	3	1	4
306	Ponts-et-Marais	1		1
313	Villy-le-Bas	1		1
	CANTON DE LONGUEVILLE			
585	Torcy-le-Petit	1		1
	CANTON D'OFFRANVILLE			
1.146	Arques-la-Bataille	1		1
	CANTON DE TOTES			
	Tôtes		1	1
	Total	17	8	25

ARRONDISSEMENT DU HAVRE

POPULATION		H.	F.	TOTAL
—	CANTON DE BOLBEC	—	—	—
12.028	Bolbec	5	1	6
1.842	Gruchet-la-Valasse	1		1
590	Trouville		1	1
	CANTON DE CRIQUETOT-L'ESNEVAL			
1.424	Criquetot-l'Esneval		1	1
	CANTON DE FÉCAMP			
13.577	Fécamp	2		2
958	Saint-Léonard	1		1
	CANTON DE GODERVILLE			
1.304	Goderville	1		1
512	Saint-Maclou-la-Brière	1		1
	CANTON DU HAVRE			
116.369	Havre	101	33	134
7.500	Graville-Sainte-Honorine	2		2
2.541	Sainte-Adresse	3		3
	CANTON DE LILLEBONNE			
6.500	Lillebonne	2		2
	CANTON DE MONTIVILLIERS			
5.344	Montivilliers	1		1
	Total	120	36	156

ARRONDISSEMENT DE NEUFCHATEL

POPULATION		H.	F.	TOTAL
—	CANTON D'AUMALE	—	—	—
2.219	Aumale	4		4
	CANTON DE BLANGY			
1.653	Blangy-sur-Bresles......	1	1	2
661	Guerville...........................	1		1
323	Saint-Martin-au-Bosc	1		1
	CANTON DE FORGES			
1.867	Forges-les-Eaux		1	1
1.547	Gaillefontaine	1		1
	CANTON DE GOURNAY			
3.829	Gournay-en-Bray		1	1
	CANTON DE NEUFCHATEL			
1.003	Bully	1		1
4.006	Neufchâtel	3		3
570	Neuville-Ferrières	1		1
213	Saint-Germain-sur-Eaulme	1		1
	CANTON DE SAINT-SAENS			
270	Neufbosc	1		1
2.399	Saint-Saens	1		1
	Total.....................	16	3	19

ARRONDISSEMENT DE ROUEN

POPULATION		H.	F.	TOTAL
—	CANTON DE BOOS	—	—	—
1.376	Amfreville-la-Mivoie	1		1
1.724	Blosseville-Bonsecours	1		1
306	Fresne-le-Plan	1		1
1.406	Mesnil-Esnard	1		1
	CANTON DE BUCHY			
535	Bosc-Roger	1		1
822	Buchy	1		1
	CANTON DE CLÈRES			
1.434	Fontaine-le-Bourg	2		2
	CANTON DE DARNÉTAL			
5.510	Bois-Guillaume	3		3
6.460	Darnétal	3	1	4
1.314	Saint-Léger-du-Bourg-Denis		1	1
443	Saint-Martin-du-Vivier	1		1
	CANTON D'ELBEUF			
10.434	Caudebec-lès-Elbeuf	10	2	12
21.404	Elbeuf	42	13	55
447	Freneuse	1		1
3.189	Saint-Aubin-Jouxte-Boulleng	2		2
3.667	Saint-Pierre-lès-Elbeuf	1	2	3
682	Tourville-la-Rivière	1		1
	CANTON DE GRAND-COURONNE			
1.778	Grand-Quevilly	1	1	2
3.948	Oissel	3		3
10.688	Petit-Quevilly	8	3	11
382	Val-de-la-Haye	1		1
	A Reporter	85	23	108

POPULATION		H.	F.	TOTAL
	Report	85	23	108
	CANTON DE MAROMME			
3.630	Canteleu	1		1
5.264	Déville-lès-Rouen	1		1
2.128	Le Houlme	2		2
2.062	Malaunay	1		1
3.433	Maromme	2	1	3
3.379	Mont-Saint-Aignan	2		2
476	La Vaupalière	1		1
	CANTON DE PAVILLY			
2.957	Pavilly	1		1
	CANTON DE SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN			
4.670	Saint-Etienne-du-Rouvray	3	1	4
16.384	Sotteville	11	2	13
112.352	VILLE DE ROUEN	115	49	164
	Total	225	76	301

ARRONDISSEMENT D'YVETOT

	CANTON DE CANY			
1.150	Grainville-la-Teinturière	1		1
	CANTON DE CAUDEBEC			
2.336	Caudebec-en-Caux	1	1	2
247	Saint-Nicolas-de-la-Haye	1		1
908	Vatteville	1		1
977	Villequier	1		1
	CANTON DE FONTAINE-LE-DUN			
578	Saint-Pierre-le-Vieux	1		1
	A Reporter	6	1	7

POPULATION		H.	F.	TOTAL
	Report	6	1	7
	CANTON DE DOUDEVILLE			
222	Boudeville	1		1
2.907	Doudeville	1		1
	CANTON DE FAUVILLE			
482	Envronville	1		1
	CANTON D'OURVILLE			
715	Hautot-l'Auvray	1		1
755	Saint-Vaast-Dieppedalle..............	1		1
	CANTON D'YVETOT			
1.040	Allouville-Bellefosse	1		1
7.617	Yvetot...............................	6	1	7
	Total...............	18	2	20

On voit toujours la confirmation de cette règle que la paralysie générale se développe surtout dans les centres populeux, et c'est tout particulièrement frappant pour les femmes, puisque sur 125 aliénées démentes paralytiques, deux seulement étaient domiciliées dans des communes de moins de 1,000 habitants.

Dans cette période de dix ans, il est entré un paralytique général ayant son domicile dans le département, sur 1,995 habitants.

La ville où nous voyons la proportion la plus forte est Elbeuf (21,404 habitants) qui nous fournit 55 paralytiques, c'est-à-dire un par 389 habitants. Par contre, Dieppe, dont la population est un peu supérieure (22,771 habitants) ne nous donne que 12 paralytiques généraux, c'est-à-dire un par 1,897 habitants, chiffre de bien peu supérieur à la moyenne totale.

La syphilis, l'alcoolisme, et l'alcoolisme chez des individus

vivant dans l'air confiné des ateliers, sont-ils seuls capables d'expliquer ces différences? Nous ne saurions l'affirmer. Il est certain que les défenseurs de la nature infectieuse de la paralysie générale pourraient trouver un argument dans cette circonstance que la maladie choisit tout particulièrement les milieux industriels et atteint surtout les immigrés ; ceux-ci, ayant grandi dans un air pur n'auraient pu arriver à l'acclimatement dans un air vicié ; atteints dans leur résistance organique, ils seraient devenus la proie des germes morbides, comme on voit tant de jeunes paysans partir robustes à l'armée et succomber dans une grande ville, victimes de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose.

IV

La recherche des foyers de dégénérescence devait nous amener à examiner la répartition de l'idiotie et de l'imbécillité dans la Seine-Inférieure. Au moment où nous avons entrepris notre travail, des études venaient d'être faites pour développer l'assistance des idiots, et un questionnaire spécial avait été envoyé dans toutes les communes pour recenser les idiots conservés à domicile. Nous avons pu ainsi réunir un ensemble de documents pour comparer le nombre des idiots ou faibles d'esprit admis dans les asiles pendant la période 1881 à 1890, et le nombre de ceux qui nous étaient signalés comme vivant encore en liberté. Nous avons résumé nos recherches, sous forme d'un relevé comparatif, et nous avons indiqué en regard la population des communes où les idiots étaient nés. Ici encore, nous n'avons pas trouvé de foyers de dégénérescence ; mais, dans son ensemble, l'arrondissement d'Yvetot fournit proportionnellement à sa population, un chiffre plus élevé que les autres arrondissements.

IDIOTIE ET IMBÉCILLITÉ

LIEU DE NAISSANCE

Population des communes où des idiots sont signalés.	ARRONDISSEMENT DE DIEPPE	H		F		TOTAL	
		Séquestrés.	Non séquestrés.	Séquestrées.	Non séquestrées.	Séquestrés.	Non séquestrés.
	CANTON DE BACQUEVILLE						
1.042	Avremesnil		1		1		2
2.188	Bacqueville			1		1	
252	Biville-la-Rivière				1		1
537	Greuville				1		1
269	Lamberville				1		1
664	Lammerville	1				1	
1.638	Luneray		1		1		2
252	Omonville		1				1
410	Royville				1		1
215	Saâne-Saint-Just			1		1	
400	Saint-Mards		1		1		2
280	Saint-Ouen-le-Mauger		1				1
501	Thil-Manneville		2		1		3
		1	7	2	8	3	15
	CANTON DE BELLENCOMBRE						
720	Bellencombre	1	1	1		2	1
749	Bosc-le-Hard	1				1	
328	Cressy		1				1
373	Crique (la)				1		1
277	Cropus		1				1
1.079	Grandes-Ventes				1		1
278	Mesnil-Follemprise				1		1
479	Saint-Hellier	1				1	
353	Sévis				1		1
		3	4	1	4	4	7
	CANTON DE DIEPPE						
453	Bracquemont	1				1	
22.771	Dieppe	4	6	1	3	5	9
2.136	Neuville		1		1		2
		5	7	1	4	6	11
	CANTON D'ENVERMEU						
359	Assigny				1		1
295	Auquemesnil	1				1	
661	Bailly-en-Rivière	1				1	
338	Dampierre			1		1	
188	Penly			1		1	
653	Saint-Aubin-le-Cauf		1				
2.363	Saint-Nicolas-d'Aliermont	2			2	2	2
309	Sauchay				1		1
		4	1	2	4	6	5

Population des communes où des idiots sont signalés.		H		F		TOTAL	
		Séquestrés.	Non séquestrés.	Séquestrés.	Non séquestrés.	Séquestrés.	Non séquestrés.
	CANTON D'EU						
322	Cannehan		1				1
4.693	Eu		3				3
519	Incheville		1				1
517	Longroy	1				1	
341	Melleville		2		1		3
435	Monchy-sur-Eu		1		1		2
231	Tocqueville-sur-Eu		1				1
4.569	Tréport	1	4	3	2	4	6
313	Villy-le-Bas		1		2		3
		2	14	3	6	5	20
	CANTON DE LONGUEVILLE						
292	Chaussée (la)				1		1
208	Crosville-sur-Scie		1				1
721	Heugleville-sur-Scie		1				1
696	Longueville	1				1	
404	Sainte-Foy			1		1	
585	Torcy-le-Petit			1		1	
		1	2	2	1	3	3
	CANTON D'OFFRANVILLE						
1.146	Arques-la-Bataille		1	1		1	1
696	Bourg-Dun			2		2	
1.384	Hautot-sur-Mer	1				1	
644	Longueil			1		1	
271	Quiberville		1		1		2
160	Saint-Denis-d'Aclon		1				1
1.020	Varengeville-sur-Mer	1				1	
		2	3	4	1	6	4
	CANTON DE TÔTES						
1.413	Auffay		1				1
172	Eurville			1		1	
522	Saint-Pierre-Benouville	1				1	
476	Varneville-Bretteville		1				1
		1	2	1		2	2
	RÉCAPITULATION						
	Canton de Bacqueville					3	15
	Bellencombre					4	7
	Dieppe					6	11
	Envermeu					6	5
	Eu					5	20
	Longueville					3	3
	Offranville					6	4
	Tôtes					2	2
						35	67

Population des communes où des idiots sont signalés	ARRONDISSEMENT DU HAVRE	H		F		TOTAL	
		Sequestrés	Non sequestrés	Sequestrées.	Non sequestrées	Sequestrés	Non sequestrés
	CANTON DE BOLBEC						
761	Bernières			1		1	
12.028	Bolbec	1		2		3	
624	Bolleville		1				1
1.158	Languetot	2				2	
577	Lintot		1				1
433	Parc-d'Auxtot		1				1
706	Raffetot				1		1
517	Saint-Jean-de-la-Neuville			1		1	
		3	3	4	1	7	4
	CANTON DE CRIQUETOT						
1.424	Criquetot-l'Esneval			1		1	
2.015	Etretat		1				1
254	Fongueusemare				1		1
814	Gonneville		2		1		3
514	Poterie (la)	1				1	
205	Sainte-Marie-au-Bosc	1				1	
489	Turretot	1		1		2	
		3	3	2	2	5	5
	CANTON DE FÉCAMP						
342	Criquebeuf		1				1
660	Epreville		1				1
13.577	Fécamp			1			
522	Froberville		1			1	1
437	Ganzeville		1		1		2
425	Gerville		1		1		2
177	Maniquerville		1				1
			6	1	2	1	8
	CANTON DE GODERVILLE						
324	Annouville-Vilmesnil				1		1
1.139	Bec-de-Mortagne		1				1
248	Bornambusc			1		1	
1.157	Bréauté		1		1		2
1.147	Bretteville			1		1	
890	Ecrainville	1	2			1	2
292	Gonfreville-Caillot		1		1		2
442	Sausseuzemare-en-Caux		1				1
		1	6	2	3	3	9
	CANTON DU HAVRE						
116.369	Le Havre	9	6	8	6	17	12
2.511	Sainte-Adresse	1	1		1	1	2
6.880	Sauvie	1	1			1	1
		11	8	8	7	19	15

Population des communes où des idiots sont signalés	H Sequestrés	H Non sequestrés	F Sequestrées.	F Non sequestrées	TOTAL Sequestrés	TOTAL Non sequestrés
CANTON DE LILLEBONNE						
459 Auberville-la-Campagne		1				1
872 Fresnaye (la)				1		1
411 Grandcamp		1				1
6.500 Lillebonne	3	3	1	3	4	6
677 Norville		2		1		3
803 Notre-Dame-de-Gravenchon		2				2
419 Petiville	1				1	
513 Saint-Jean-de-Folleville		1				1
328 Saint-Maurice-d'Etelan		1				1
918 Saint-Nicolas-de-la-Taille		2				2
	4	13	1	5	5	18
CANTON DE MONTIVILLIERS						
422 Fontenay	1				1	
607 Gainneville		1		1		2
2.307 Harfleur			1		1	
638 Manéglise		1		1		2
373 Mannevillette		1				1
5.344 Montivilliers	1				1	
2.079 Octeville			1		1	
518 Saint-Martin-du-Manoir		1		1		2
	2	4	2	3	4	7
CANTON DE SAINT-ROMAIN-DE-COLBOSC						
987 Cerlangue (la)			1		1	
556 Graimbouville			1		1	
540 Sainneville		1	1	1	1	1
644 Saint-Aubin-Routot				1		2
1.811 Saint-Romain-de-Colbosc		1		2		2
705 Saint-Vigor-d'Imonville						1
		2	3	4	3	6
RÉCAPITULATION						
Canton de Bolbec					7	4
Criquetot					5	5
Fécamp					1	8
Goderville					3	9
Le Havre					19	15
Lillebonne					5	18
Montivilliers					4	7
St-Romain-de-Colbosc					3	6
					47	72

Population des communes où des idiots sont signalés	ARRONDISSEMENT DE NEUFCHATEL	H		F		TOTAL	
		Sequestrés	Non sequestrés	Sequestrées.	Non sequestrées	Sequestrés	Non sequestrés
	CANTON D'ARGUEIL						
419	Argueil		1				1
851	Beauvoir-en-Lyons		2		1		3
1.340	Feuillie (la)		2		1		3
200	Mesnil-Lieubray (le)		1				1
227	Morville	1				1	
471	Nolleval	1				1	
773	Sigy	1				1	
		3	6		2	3	8
	CANTON D'AUMALE						
1.219	Aumale			1		1	
				1		1	
	CANTON DE BLANGY						
352	Aubermesnil	1				1	
300	Bazinval				1		1
662	Caule-Sainte-Beuve	1				1	
445	Dancourt		1				1
661	Guerville		1				1
341	Monchaux-Soreng				1		1
539	Nesle-Normandeuse			1		1	
709	Pierrecourt	1			1	1	1
394	Saint-Riquier-en-Rivière		1				1
		3	3	1	3	4	6
	CANTON DE FORGES						
849	Beaussault			1		1	
604	Ferté-Saint-Samson (la)	2				2	
362	Haucourt				1		1
624	Hausset	1				1	
645	Roncherolles-en-Bray	1				1	
		4		1	1	5	1
	CANTON DE GOURNAY						
330	Bosc-Hyons		2				2
538	Brémontier-Merval	1	2			1	2
1.208	Ferrières	3				3	
3.829	Gournay			1		1	
		4	4	1		5	4
	CANTON DE LONDINIÈRES						
353	Bailleul-Neuville		1				1
367	Croixdalle		1				1
808	Fresnoy-Folny				5		5
688	Grandcourt	1			1	1	1
1.125	Londinières		3		1		4
612	Wanchy-Capval			1		1	
		1	5	1	7	2	12

Population des communes où des idiots sont signalés		H Sequestrés	H Non sequestrés	F Sequestrées.	F Non sequestrées	TOTAL Sequestrés	TOTAL Non sequestrés
	CANTON DE NEUFCHATEL						
462	Esclavelles				1		1
358	Flamets-Frétils		1				1
4.006	Neufchatel		2		1		3
570	Neuville-Ferrières			2		2	
199	Saint-Martin-l'Hortier	1				1	
714	Saint-Saire			1		1	
		1	3	3	2	4	5
	CANTON DE SAINT-SAENS						
485	Rocquemont		1				1
908	Saint-Martin-Osmonville		1	1		1	1
2.399	Saint-Saens	2			1	2	1
538	Sainte-Geneviève			1		1	
		2	2	2	1	4	3
	RÉCAPITULATION						
	Canton de Argueil					3	8
	Aumale					1	
	Blangy					4	6
	Forges					5	1
	Gournay					5	4
	Londinières					2	12
	Neufchatel					4	5
	Saint-Saens					4	3
						28	39

Population des communes où des idiots sont signalés	ARRONDISSEMENT DE ROUEN	H		F		TOTAL	
		Sequestrés	Non sequestrés	sequestrées	Non Sequestrées.	Sequestrés	Non sequestrés
	CANTON DE BOOS						
300	Authieux-s-le-Port-St-Ouen (les)		1		1		2
605	Belbeuf				1		1
1.724	Blosseville-Bonsecours	2		1	2	3	2
1.406	Mesnil-Esnard (le)	1	2			1	2
221	Montmain				1		1
1.087	Neuville-Champ-d'Oisel (la)	1				1	
538	Notre-Dame-de-Franqueville	1				1	
		5	3	1	5	6	8
	CANTON DE BUCHY						
493	Bosc-Bordel				1		1
617	Blainville-Crevon	1				1	
150	Ernemont-sur-Buchy		1				1
113	Pierreval			1		1	
641	Sainte-Croix-sur-Buchy	1	1			1	1
		2	2	1	1	3	3
	CANTON DE CLÈRES						
333	Anceaumeville	1				1	
438	Eslettes	1				1	
2.520	Monville		1	1		1	1
311	Rue Saint-Pierre		1				1
479	Saint-André-sur-Cailly		1				1
453	Saint-Georges-sur-Fontaine	1				1	
701	Sierville		1				1
		3	4	1		4	4
	CANTON DE DARNÉTAL						
238	Bois-l'Evêque			1		1	
6.460	Darnétal				3		3
416	Epreville-Martainville				1		1
244	Grainville-sur-Ry		1				1
308	Héron		1		1		2
821	Isneauville				2		2
373	Saint-Denis-le-Thiboult	1				1	
1.314	Saint-Léger-du-Bourg-Denis			2		2	
443	Saint-Martin-du-Vivier	1				1	
		2	2	3	7	5	9
	CANTON DE DUCLAIR						
316	Bardouville	1				1	
396	Heurteauville		1		2		3
1.027	Jumièges		1		1		2
366	Mesnil-sous-Jumièges (le)			1		1	
1.373	Saint-Pierre-de-Varengeville	1				1	
791	Sainte-Marguerite-sur-Duclair	1	1		1	1	2
888	Villers-Ecalles			1		1	
287	Yainville		1				1
367	Yville-sur-Seine	1				1	
		4	4	2	4	6	8

Population des communes où des idiots sont signalés		H		F		TOTAL	
		Sequestrés	Non sequestrés	Sequestrées.	Non sequestrées	Sequestrés	Non sequestrés
	CANTON D'ELBEUF						
10.434	Caudebec-les-Elbeuf	4	3	1		5	3
21.404	Elbeuf	1		1	1	2	1
540	Cléon		1		1		2
447	Freneuse				1		1
1.439	La Londe			1		1	
1.278	Orival		1				1
3.189	Saint-Aubin-Jouxte-Boulleng		2	1		1	2
3.667	Saint-Pierre-les-Elbeuf	1				1	
		6	7	4	3	10	10
	CANTON DE GRAND-COURONNE						
1.463	Grand-Couronne		7		2		9
10.688	Petit-Quevilly	3		1		4	
382	Val-de-la-Haye	1	1			1	1
		4	8	1	2	5	10
	CANTON DE MAROMME						
3.630	Canteleu	2		1		3	
5.264	Déville		1	1	1	1	2
2.062	Malaunay			1		1	
2.859	Notre-Dame-de-Bondeville	1	2	1		2	2
804	Saint-Jean-du-Cardonnay			1		1	
476	Vaupalière (la)				1		1
		3	3	5	2	8	5
	CANTON DE PAVILLY						
4.418	Barentin	1	4	1	1	2	5
483	Blaqueville		2				2
816	Bouville		1		1		2
460	Emanville		1				1
489	Fréville	1		1		2	
1.163	Limésy	1				1	
499	Mesnil-Panneville			1		1	
2.957	Pavilly	2	1			2	1
		5	9	3	2	8	11
112.352	ROUEN	23	7	13	2	36	9

Population des communes où des idiots sont signalés		H Sequestrés	H Non sequestrés	F Sequestrées	F Non sequestrées.	TOTAL Sequestrés	TOTAL Non sequestrés
	CANTON DE SOTTEVILLE						
3.617	Saint-Etienne-du-Rouvray			1		1	
15.608	Sotteville-les-Rouen	1	4		1	1	5
		1	4	1	1	2	5
	RÉCAPITULATION						
	Canton de Boos					6	8
	Buchy					3	3
	Clères					4	4
	Darnétal					5	9
	Duclair					6	8
	Elbeuf					10	10
	Grand-Couronne					5	10
	Maromme					8	5
	Pavilly					8	11
	Rouen					36	9
	Sotteville-les-Rouen ..					2	5
						93	82

Population des communes où des idiots sont signalés	ARRONDISSEMENT D'YVETOT	H		F		TOTAL	
		Sequestrés	Non sequestrés	Sequestrées.	Non sequestrées	Sequestrés	Non sequestrés
	CANTON DE CANY						
1.119	Bosville		3				3
1.825	Cany-Barville	2	2	1	2	3	4
309	Crasville-la-Mallet	1				1	
1.150	Grainville-la-Teinturière				3		3
627	Ocqueville		1				1
1.318	Saint-Martin-aux-Buneaux	1	1	1		2	1
		4	7	2	5	6	12
	CANTON DE CAUDEBEC						
219	Anquetierville		2		2		4
2.336	Caudebec			1		1	
1.280	Guerbaville	1				1	
660	Louvetot	1	1			1	1
372	Notre-Dame-de-Bliquetuit			1		1	
286	Saint-Gilles-de-Crétot			1		1	
325	Saint-Nicolas-de-Bliquetuit				1		1
808	Saint-Wandrille-Rançon		1				1
908	Vatteville				1		1
		2	4	3	4	5	8
	CANTON DE DOUDEVILLE						
243	Amfreville-les-Champs		1				1
397	Bénesville			1		1	
825	Berville	2	1		1	2	2
222	Boudeville		1				1
458	Etableville	1				1	
473	Fultot		1				1
630	Harcanville	1	3			1	3
943	Hautot-Saint-Sulpice	2				2	
352	Prétot-Vicquemare		1		1		2
225	Reuville		1				1
		6	9	1	2	7	11
	CANTON DE FAUVILLE						
517	Clipouville	1				1	
1.345	Fauville			1	1	1	1
783	Hattenville	1				1	
369	Hautot-le-Vatois	1				1	
892	Normanville	1	1		1	1	2
1.557	Yebleron		2	1	1	1	3
		4	3	2	3	6	6

Population des communes où des idiots sont signalés	H Sequestrés	H Non sequestrés	F Sequestrées.	F Non sequestrées	TOTAL Sequestrés	TOTAL Non sequestrés
CANTON DE FONTAINE-LE-DUN						
915 Angiens		2		3		5
613 Bourville	1			3	1	3
321 Ermenouville		1		1		2
452 Fontaine-le-Dun		1				1
788 Sotteville-sur-Mer			1		1	
	1	4	1	7	2	11
CANTON D'OURVILLE						
626 Anvéville	2		1		3	
329 Beuzeville-la-Guerard		1				1
377 Hanouard (le)		1				1
715 Hautot-l'Auvray			1	2	1	2
909 Héricourt-en-Caux				1		1
1.090 Ourville	1				1	
590 Thiouville		1				1
	3	3	2	3	5	6
CANTON DE SAINT-VALÉRY						
418 Cailleville		1				1
490 Drosay				1		1
562 Gueutteville		1		1		2
706 Saint-Riquier-ès-Plains		1				1
4.014 Saint-Valéry	2	2		1	2	3
358 Sainte-Colombe			1		1	
	2	5	1	3	3	8
CANTON DE VALMONT						
1.412 Angerville-la-Martel		1	1		1	1
473 Colleville		1				1
756 Elétot		2				2
1.162 Saint-Pierre-en-Port	1	1			1	1
1.360 Sassetot-le-Mauconduit		1				1
614 Thiergeville				1		1
502 Thiétreville		2		2		4
485 Toussaint		1				1
858 Valmont	1				1	
415 Vinnemerville				1		1
	2	9	1	4	3	13

Population des communes où des idiots sont signalés	H Sequestrés	H Non sequestrés	F Sequestrées.	F Non sequestrées.	TOTAL Sequestrés	TOTAL Non sequestrés
CANTON D'YERVILLE						
362 Baons-le-Comte	1				1	
646 Criquetot-sur-Ourville		1				1
321 Ectot-les-Baons				1		1
756 Etoutteville			1		1	
397 Grémonville		1				1
409 Lindebeuf	1				1	
382 Saint-Martin-aux-Arbres		1				1
498 Vibeuf		1	1		1	1
1.550 Yerville		2	1		1	2
	2	6	3	1	5	7
CANTON D'YVETOT						
1.040 Allouville-Bellefosse	1		1		2	
1.127 Valliquerville		1				1
580 Veauville-les-Baons			1		1	
7.617 Yvetot	1	5		1	1	6
	2	6	2	1	4	7
RÉCAPITULATION						
Canton de Cany					6	12
Caudebec					5	8
Doudeville					7	11
Fauville					6	6
Fontaine-le-Dun					2	11
Ourville					5	6
Saint-Valéry					3	8
Valmont					3	13
Yerville					5	7
Yvetot					4	7
					46	89

V

Nous présentons comme annexe à notre travail, et pour ne pas le donner en arrière d'un an, à la date où il est déposé, le relevé, sous forme de deux tableaux, des admissions premières de l'année 1891 dans les asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon, en nous plaçant toujours au double point de vue du lieu de naissance et du domicile acquis.

Nous avons adopté, pour le premier de ces tableaux, la classification du Congrès de Paris ; nous avons maintenu pour l'autre, le classement suivi par nous antérieurement, pour conserver un terme de comparaison plus commode avec les précédents, et aussi pour en réduire, autant que possible, les dimensions ; l'intérêt qu'il offre étant secondaire ; ces résultats ne s'appliquent en effet qu'à une seule année, et nous n'avons à en tirer aucune déduction contraire à ce que nous avons déjà exposé.

ASILES DE QUATRE-MARES ET SAINT-YON

Admissions premières de l'année 1891.

Aliénés originaires du département de la Seine-Inférieure.

DÉSIGNATION DES CANTONS	Imbécillité.		Idiotie.		Folie morale.		Folie névrosique: Hystérie.		Folie névrosique: Epilepsie.		Folie névrosique: Hypochondrie.		Paralysie générale.		Démence organique.		Démence sénile.		Folie toxique.		Folie systématisée.		Manie.		Mélancolie.		Folie périodique.		Totaux.		TOTAUX GÉNÉRAUX
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
ARRONDt DE DIEPPE																															
Bacqueville			1							1									1		1			1	1	1			4	3	7
Bellencombre														1											1				1	1	2
Dieppe	1						1			2		1	1		1							1	1		1	1			6	5	11
Envermeu			1		1																			1		1			2	2	4
Eu																			1										1		1
Longueville			1															1											1	1	2
Offranville													1						3		1	1	1						6	1	7
Tôtes										1														1		1				3	3
ARRONDt DU HAVRE																															
Bolbec																								2	1				1	2	3
Criquetot-l'Esneval	1																							1		1			1	2	3
Fécamp														1										1		1				3	3
Goderville														1					1				1			2			2	3	5
Havre	1		1		1			1	2				7		1			1		1				2	5	3			18	8	26
Lillebonne													1					1			1			1					2	2	4
Montivilliers																															
Saint-Romain			1										1									1		1					2	2	4
ARRONDt DE NEUFCHATEL																															
Argueil																															
Aumale																					1					1			1	1	2
Blangy																							1						1		1
Forges														2								1				1				4	4
Gournay															1								1		1	1			3	1	4
Londinières													1										1		1				3		3
Neufchatel																		1		1										2	2
Sans-Saens																							1						1		1
ARRONDt DE ROUEN																															
Boos			1							1			1					1			1			1					3	3	6
Buchy														1				1				1			1	1			1	4	5
Clères		1	1						1																				2	1	3
Darnétal																	1	1					1		2	2			4	3	7
Duclair													1						1					1		1			2	2	4
Elbeuf		1	2		2								3		1							1	1	3	1	5			10	10	20
Grand-Couronne	1												1		1								1						4		4
Maromme		1		1												1	2				1	1	2		2	3			7	7	14
Pavilly											1			1		1								1	2	1			3	4	7
Rouen				1	2		1	1	1	1			6	2		2		1	3			2	2	2	1	7			16	19	35
Sotteville	1																					1			2				3	1	4
ARRONDt D'YVETOT																															
Cany													1						1		1		1	1					4	1	5
Caudebec				1									1				1					1			1				3	2	5
Doudeville																			3							3			3	3	6
Fauville		1																1										1		3	3
Fontaine-Ledun																															
Ourville																					1			1		1			1	2	3
Saint-Valéry-en-Caux								1															2			1			2	2	4
Valmont	1																						1						2		2
Yerville			2											1									1						3	1	4
Yvetot	1		1						1				1	1								1			2	1			6	3	9
Totaux	7	4	12	3	6		2	3	5	6	1	1	27	11	5	4	4	9	14	2	8	12	19	21	25	40		1	135	117	
TOTAUX GÉNÉRAUX	11		15		6		5		11		2		33		9		13		16		20		40		65		1		252		252

ASILES DE QUATRE-MARES ET SAINT-YON

Admissions premières de l'année 1891

Aliénés domiciliés dans le département de la Seine-Inférieure.

DÉSIGNATION DES CANTONS	Vésanies.					Folie alcoolique.					Idiotie et Imbécillité.					Folie névrosique.					Paralysie générale.					Démence sénile et organique.					TOTAL GÉNÉRAL
	Nés dans le canton.		Nés hors le canton.		Total.	Nés dans le canton.		Nés hors le canton.		Total.	Nés dans le canton.		Nés hors le canton.		Total.	Nés dans le canton.		Nés hors le canton.		Total.	Nés dans le canton.		Nés hors le canton.		Total.	Nés dans le canton.		Nés hors le canton.		Total.	
	H	F	H	F		H	F	H	F		H	F	H	F		H	F	H	F		H	F	H	F		H	F	H	F		
ARRONDt DE DIEPPE																															
Bacqueville	1	2			3						1				1																4
Bellencombre																															
Dieppe	1	2	3	3	9			1		1	1				1	1	3	1	2	7	1		1	1	3						21
Envermeu		1	1		2						1				1													1		1	4
Eu						1				1													1		1						2
Longueville											1				1																1
Offranville																															
Tôtes			1		1												1			1											2
	2	5	5	3	15	1		1		2	4				4	1	4	1	2	8	1		2	1	4			1		1	34
ARRONDt DU HAVRE																															
Bolbec	1	1		1	3								1		1																4
Criquetot-l'Esneval		1			1						1				1																2
Fécamp		1			1																			1	1						2
Goderville																															
Havre	5	4	5	12	26		1	5		6	2		2		4	2	1	1	1	5	6		7	1	14	1	1	5	3	10	65
Lillebonne																															
Montivilliers			1		1																										1
Saint-Romain		1		1	2						1				1														1	1	4
	6	8	6	14	34		1	5		6	4		3		7	2	1	1	1	5	6		7	2	15	1	1	5	4	11	78
ARRONDt DE NEUFCHATEL																															
Argueil				2	2																										2
Aumale																															
Blangy	1			1	2																										2
Forges		1	2	1	4																	2			2						6
Gournay	2				2																										2
Londinières																															
Neufchatel			1		1		1			1																					2
Saint-Saens			1		1																										1
	3	1	4	4	12		1			1												2			2						15
ARRONDt DE ROUEN																															
Boos	1			1	2						1				1		1			1							1			1	5
Buchy		1			1																						1			1	2
Clères			1	1	2						1	1			2									1	1						5
Darnétal	1		1	2	4														1	1			1		1	1		1		2	8
Duclair		2			2			1		1																					3
Elbeuf	1	8	7		16			1		1	4	1	1		6			1		1	3				3	1		3	1	5	32
Grand-Couronne			2		2																1		1		2						4
Maromme	3	2	2	3	10							2			2								1		1	1	1			2	15
Pavilly	2	1			3			1		1																	1			1	5
Rouen	2	10	15	25	52	3		8	1	12	2	1	1		4	2	1	1		4	4	2	11	6	23		3	1	6	10	105
Sotteville	2		2	1	5					1	1		1	1	3								2		2			2	2	4	15
	12	24	30	33	99	3		12	1	16	9	5	3	1	18	2	2	2	1	7	8	2	16	7	33	3	7	7	9	26	199
ARRONDt D'YVETOT																															
Cany																															
Caudebec	1	1		1	3								1		1											1				1	5
Doudeville		2			2																			1	1						3
Fauville												1			1												1			1	2
Fontaine-Ledun																															
Ourville	1	1			2																		1		1						3
Saint-Valéry-en-Caux																															
Valmont			1		1						1				1																2
Yerville											2				2																2
Yvetot	2	1		1	4						1				1	1				1											6
	4	5	1	2	12						4	1	1		6	1				1			1	1	2	1	1			2	23
TOTAL GÉNÉRAL	27	43	46	56	172	4	2	18	1	25	21	6	7	1	35	6	7	4	4	21	15	4	26	11	56	5	9	13	13	40	349

VI

Comme nous l'avons dit au début de notre mémoire, nous avons recueilli des matériaux en vue de rechercher les conditions générales du développement de l'aliénation mentale dans le département de la Seine-Inférieure.

Nous appelons tout particulièrement l'attention sur les migrations qui ont précédé l'entrée à l'asile. Le fait de changer de domicile ne peut être considéré en lui-même ni comme une cause de folie, ni comme un symptôme d'aliénation mentale ; néanmoins, quand nous voyons que la grande majorité des aliénés avait quitté son lieu de naissance, nous sommes en droit de rechercher s'il n'y a pas là une cause ou un effet pathologique.

Pour avoir des données précises, il faudrait connaître, comme terme de comparaison, les migrations qui s'opèrent dans la population saine. A défaut de ce renseignement, quand nous voyons la grande proportion d'alcooliques et de déments paralytiques admis dans les asiles de la Seine-Inférieure et originaires d'un autre département, nous devons admettre que le changement de domicile et le changement de vie qui en a été la conséquence, ne sont pas étrangers à la maladie. D'un autre côté, ceux qui sont prédisposés héréditairement à la folie, tous ceux qu'on désigne d'une manière générale, sous le nom de déséquilibrés, ont un caractère mobile, et restent difficilement en place. Leurs déplacements peuvent être l'effet d'une disposition d'esprit déjà maladive, et le changement de genre de vie peut, de son côté, déterminer l'accès de folie. Il y aurait donc, dans ces cas, tout à la fois un effet et une cause.

Ces migrations nous ont paru intéressantes à étudier. Elles ne sont pas spéciales à la Seine-Inférieure et c'est ce qui nous a déterminé à soumettre notre travail au Congrès. On trouvera, sans doute, ces migrations moins marquées dans les régions où l'on ne rencontre pas un grand port de mer, comme le Havre, et de grands centres industriels comme Rouen et Elbeuf, véritables foyers d'at-

traction pour les populations rurales, mais il y aurait intérêt à étudier sur d'autres points du territoire l'action des agglomérations urbaines.

Quant au remède à apporter, les pouvoirs publics sont sans action pour empêcher les individus de changer de domicile, mais on peut chercher à atténuer la nocivité des migrations. Le séjour à la ville est dangereux de toute façon pour ceux qui sont nés et ont été élevés à la campagne et la conclusion est qu'il faut tendre à améliorer l'hygiène des villes.

Nous avons relevé une proportion anormale d'aliénés sur un point du département de la Seine-Inférieure, le plateau du pays de Caux. Nous ignorons si on pourrait arriver à trouver le point initial des foyers de dégénérescence que les migrations de commune à commune et de canton à canton auraient diffusés. Nous avons émis l'hypothèse que des raisons économiques pouvaient avoir exercé leur part d'influence, et, en pareil cas, le remède est difficile. Toutefois, ici encore, la prompte assistance des aliénés a un rôle à jouer. Le professeur Pierret insistait avec juste raison, au Congrès de Lyon, sur la nécessité de traiter l'aliénation mentale dès le début, et il montrait avec son talent habituel combien, la question humanitaire mise de côté, on faisait une mauvaise économie, en retardant l'admission d'un malade jusqu'au moment où son état était devenu chronique, autant dire incurable. Nous pouvons ajouter, sachant quelle influence jouent les prédispositons héréditaires, qu'on méconnait un véritable danger en laissant vivre en liberté des êtres susceptibles de procréer une nouvelle génération d'aliénés.

MENINGO-ENCÉPHALITE INFECTIEUSE AVEC HYPOTHERMIE SURVENUE A LA SUITE DE L'INFLUENZA CHEZ UNE FEMME INDEMNE DE TOUT ANTÉCÉDENT HÉREDITAIRE.

M. Pierret. — La cause des inflammations dans l'influenza paraît être un bacille en chaînette. Ce bacille produit des toxives qui à leur tour ont pour résultat de faire baisser la température.

Sous l'influence de ces toxives peuvent naître aussi des illusions, des hallucinations capables de produire la mélancolie.

Quand le bacille se développe dans les espaces internerveux, le caractère inflammatoire varie avec la région intéressée ; dans l'encéphale, il produit des désordres analogues à ceux de la paralysie générale.

La malade que j'ai observée était une jeune fille indemne de tout antécédent nerveux. Dès le début de son influenza elle commença à devenir mélancolique, à exprimer des doutes sur sa validité intellectuelle et à se croire coupable de toutes sortes de crimes. L'intelligence s'affaiblissait graduellement.

Il fallut la nourrir à la sonde. La température centrale variait de 36° à 33°, parfois même elle descendait assez bas pour que le thermomètre ne put l'indiquer. L'amaigrissement, la cachexie ne tardèrent pas à survenir, la malade mourut.

Autopsie.— Nous trouvons à l'autopsie une méningo-encéphalite infectieuse des plus nettes. Les espaces sous-méningés sont remplis de bucocytes et de granulations graisseuses ; ces bucocytes pénètrent dans les espaces lymphatiques et viennent se mettre en contact avec les cellules nerveuses elles-mêmes.

C'est là un point très important et que je tenais à signaler parce qu'il montre que certaines intoxications peuvent déterminer des symptômes psychiques analogues à ceux que l'on observe chez les dégénérés.

TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE PAR LE BROMURE DE STRONTIUM

M. Deny. — Grâce à l'obligeance de M. Laborde, j'ai pu, depuis la fin de l'année dernière, remplacer le bromure de potassium par le bromure de strontium chez sept épileptiques de mon service.

Le nombre des accès présentés par ces malades a été relevé jour par jour par mon surveillant, comme cela est du reste la règle pour tous les épileptiques. Ceux que j'ai choisis pour faire cette

expérience sont des hommes encore jeunes, ne présentant pas de troubles psychiques, au moins permanents, mais ayant tous des accès fréquents depuis leur enfance. Commencée à la fin du mois de novembre dernier, cette expérience a été arrêtée au 1er juillet 1892, elle comprend donc une période de sept mois. Pour mieux faire ressortir les effets comparés du bromure de potassium et du bromure de strontium, j'ai fait dresser un tableau dans lequel sont relevés mois par mois les accès de sept malades en expérience pendant la période de traitement par le bromure de strontium et pendant la période correspondante de l'année précédente, où ils étaient traités par le bromure de potassium. Je n'ai pas tenu compte dans ce tableau des vertiges, parce que la surveillance n'est jamais assez étroite pour qu'on puisse affirmer qu'un certain nombre de ces accidents ne passe pas inaperçu.

TABLEAU COMPARATIF DU NOMBRE DES ACCÈS

NOMS des MALADES	1° Pendant la période de traitement par le bromure de potassium. (du 1er décembre 1890 au 1er juillet 1891.)								2° Pendant la période de traitement par le bromure de strontium. (du 1er décembre 1891 au 1er juillet 1892.)								DIFFÉRENCES	
	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	TOTAL	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	TOTAL	EN PLUS	EN MOINS
Bouq.	1	1		1	1	1		5	1			3		2		6	1	
Bougr.	9	4	2	13	4	11		43			1	5			1	7		36
Cher	1	2	2	4	4	3	3	19	1	1	2	2		1	5	12		7
Cop.	8	14	8	7	9	20	17	83	11	10	7	9	6	14	9	66		17
Gué.	15	15	5	11	8	17	12	83	1	1		11	17	15	18	63		20
Jou.	6		2	3	1	1	1	14	4	4	3	5	3	1	3	23	9	
Lal.	9	17	25	3	8	22		84	9	5	10	12	13	9	11	69		15
								331								246	10	95

Il résulte de l'examen de ce tableau, que pendant les sept mois de l'année 1890-91, où ils ont été traités par le bromure de potassium, ces sept malades ont présenté 331 accès, tandis que pendant les sept mêmes mois de l'année 1891-92 (période de traitement par le bromure de strontium) ils n'en ont présenté que 246, soit une différence en moins de 95 accès.

Si au lieu de comparer en bloc les accès de tous les malades, on n'envisage que ceux de chaque malade pris isolément, on voit que cinq d'entre eux ont eu une notable diminution du nombre de leurs accès à la suite de la substitution du bromure de strontium au bromure de potassium.

J'ajoute qu'un des cinq malades qui a le plus bénéficié du traitement par le bromure de strontium, au point de vue du nombre de ses accès, a vu également disparaître les crises d'excitation maniaque pût-paronystiques auxquelles il était sujet auparavant.

En ce qui concerne les doses, elles ont été sensiblement les mêmes pour l'un et l'autre bromure ; elles ont varié de quatre à dix grammes et ont toujours été très bien supportées.

La conclusion qui me paraît se dégager de ces faits, c'est que, comme l'a établi le premier M. Féré, le bromure de strontium est un véritable succédané du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie et qu'il paraît même jouir d'une action suspensive plus considérable que celle de ce dernier sel sur le nombre des accès.

M. Vallon. — J'ai également essayé ce médicament ; tous mes malades ont eu plus d'accès qu'avant ; il est vrai que je m'adressais à un mauvais terrain, car les malades que j'ai traités par cette méthode, étaient des épileptiques déments ou imbéciles.

M. Mabille, en son nom et au nom de M. Lallemant, lit un travail sur le

SULFATE NEUTRE DE DUBOISINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIENATION MENTALE

Les *Duboisia* se rapprochent de la famille des scrofularinées et des solanées, et le *Duboisia myroporoïdes* originaire de l'Australie, est le seul qui ait été bien étudié par les botanistes.

C'est un arbre de quatre à cinq mètres de hauteur, dont le fruit est une baie biloculaire, noire, arrondie, de la grosseur d'un petit pois.

Bancroft essaya l'extrait aqueux des feuilles et lui reconnut la propriété de dilater la pupille, mais c'est Gerrard qui reconnut dans la plante un alcaloïde qu'il appela duboisine (*Pharmacéutical Journal*, 6 avril 1878).

Nous n'insisterons pas sur le mode de préparation de cet alcaloïde, qui s'emploie surtout à l'état de sulfate neutre de duboisine.

Gubler, Dujardin-Beaumetz, Desnos, en France, l'ont employé contre le goître exophtalmique; de Wecker, Galezowski, ont signalé son effet mydriatique comme supérieur à celui de l'atropine. Ils sont, en cela, en conformité d'opinion avec de nombreux observateurs américains et anglais.

Au point de vue physiologique, Dujardin-Beaumetz (*Dictionnaire de thérapeutique*) indique que la duboisine sèche les muqueuses de la bouche, qu'elle impressionne le système nerveux central, dont elle diminue le pouvoir excito-moteur.

A petite dose, elle serait vaso-dilitatrice (Gibson), augmenterait cependant la tension artérielle; à forte dose, 0gr005, elle diminuerait la pression sanguine et tient le cœur en diastole.

Selon Gibson, elle accélérerait les mouvements respiratoires, arrêterait les sueurs des phtisiques (Hirsch, Fauqué).

Mais son action a été surtout étudiée comme mydriatique, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Gubler (*Société de thérapeutique 1878)* signale une grande faiblesse musculaire consécutive aux injections, de la sécheresse de la gorge, et Dujardin-Beaumetz (1880, *Société de thérapeutique*) note une grande diminution des battements du cœur à la dose de un demi milligramme.

Toutefois, on s'est peu préoccupé jusqu'à ce jour, en France, de l'action du sulfate de duboisine dans le traitement de l'aliénation mentale. M. Régis seul (*Du Traité des maladies mentales*, 2e édition, Paris 1892), mentionne cependant son efficacité dans les périodes maniaques de la folie.

A l'étranger, au contraire, il a été l'objet de nombreux essais.

Ostermayer (tome XLVII de la *Revue périodique*) paraît être le premier qui, à l'asile de Buda-Pesth, ait étudié l'action de ce médicament.

Il signale les propriétés mydriatiques du sulfate de duboisine et ses effets hypnotiques.

Dans le tome XLVIII de la même *Revue*, Preinsurger expose à son tour les résultats médiocres qu'il a obtenus à la clinique psychiatrique de Prague. Il conseille de ne pas dépasser 0gr002. En dépassant cette dose, il aurait observé des accidents toxiques.

Mais tout récemment, le docteur Lewald, médecin de l'asile de Liébenburg-sur-Haz, a publié sur ce médicament (*In neuvrologisches centralblat*, octobre 1891) une étude assez importante. Ce médecin a réussi dans 75 0/0 des cas qu'il a pu traiter.

A notre tour, depuis près de deux ans, nous avons fait dans notre service de l'asile de Lafond, quelques recherches thérapeutiques sur ce médicament, et nous avons étudié son action dans les formes diverses de l'aliénation mentale.

Nous avons employé exclusivement la méthode hypodermique.

Le sulfate neutre de duboisine dont nous nous servons, provient de la pharmacie Petit-Mialhe, l'expérience nous ayant appris que les sulfates de duboisine, pris chez d'autres fournisseurs, ne possèdent pas la même action thérapeutique et n'ont sans doute pas la même composition chimique.

Nous employons la solution suivante :

Sulfate neutre de duboisine (Petit-Mialhe). .	1 gramme.
Eau distillée camphrée	500 grammes.

Chaque centimètre cube de la seringue de Pravaz contient par conséquent 2 milligrammes de principe actif.

La méthode hypodermique nous paraît plus rapide, plus sûre chez les aliénés dont la plupart sont excités, la crise d'élection étant l'espace interscapulaire ou la région lombaire.

Nous avons pratiqué, de cette façon, plusieurs milliers d'injections, sans avoir jamais eu à regretter aucun accident local.

En thèse générale, lorsqu'on pratique une injection de 0gr002 à un aliéné d'agitation moyenne, on observe les phénomènes suivants :

Au bout de dix à quinze minutes, la pupille se dilate largement, la peau devient sèche ; le malade a une sensation de sécheresse à la gorge ; les mouvements respiratoires deviennent plus lents, le nombre des pulsations diminue ainsi que leur implitude, puis le malade naguère excité tombe dans une sorte de somnolence, s'endort et jouit d'un sommeil fort calme qui se prolonge environ cinq à huit heures.

Au réveil, le calme persiste pendant plusieurs heures ; alors l'excitation peut disparaître tout à fait ou dans la majorité des cas, reparaître comme auparavant.

Que l'on vienne à prolonger le traitement pendant plusieurs jours, il n'est pas rare d'observer la cessation de toute excitation pendant plusieurs mois.

Mais l'effet thérapeutique varie suivant chaque malade et on ne saurait à cet égard poser des règles générales.

Nous devons dire néanmoins que nos efforts ont porté surtout sur cette catégorie d'aliénés que rien n'arrive à calmer.

Les résultats obtenus par la méthode ont été très satisfaisants.

Nous commençons d'abord par une injection d'un demi-milligramme, car certains malades ont pour le sulfate neutre de duboisine comme pour la morphine une idiosynérésie spéciale, alors que d'autres résistent à des doses beaucoup plus élevées.

Dans certains cas, cette dose d'un demi-milligramme suffit à amener le calme, *sans produire le sommeil.*

Toutefois, Lewald administre 1gr002 d'emblée à ses malades très agités et nous avons eu parfois recours à cette pratique, sans aucun inconvénient.

L'injection doit cependant autant que possible, être pratiquée à une distance assez grande des repas (quatre heures au moins), car au début de nos essais, nous nous heurtions parfois à des vomissements et surtout à une inappétence très nette chez un grand nombre de malades, alors que d'autres conservaient un appétit excellent.

Disons de suite que nous n'avons observé aucun accident grave chez tous nos malades traités.

Des vomissements ont cependant été notés lorsque nous débutions par des doses relativement élevées (0gr002) ou que nos injections étaient faites à une époque trop rapprochée des repas.

Chez presque tous, la constipation disparaît et il peut même survenir, si l'on n'y prend garde et si l'on prolonge trop longtemps le traitement des diarrhées passagères.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons expérimenté le sulfate neutre de duboisine dans toutes les formes diverses de la folie simple.

Mais bientôt nous avons dû supprimer le traitement dans les formes de l'aliénation avec dépression mélancolique.

Le médicament, sans rendre l'affection plus grave ne diminuait en rien le trouble des malades et nous avons réservé le traitement pour les diverses formes de la folie simple compliquées d'excitation maniaque.

Nous pouvons affirmer que dans la grande majorité des cas, nous avons réussi à supprimer l'excitation chez les maniaques qu'aucun agent thérapeutique n'avait pu calmer depuis plusieurs années.

Actuellement, le plus grand nombre de ces malades dort sans injection et lorsque l'excitation reparaît, nous avons de nouveau recours avec succès aux injections de sulfate neutre de duboisine.

Nous n'avons jamais dépassé la dose de 0gr003 en vingt-quatre heures et nous avons remarqué qu'il y a souvent intérêt à suspendre le traitement au bout de quatre à cinq injections, lorsqu'il n'y a pas eu d'arrêt marqué dans l'excitation, pour recommencer les injections quelques jours après.

Lewald est arrivé aux mêmes conclusions.

Au bout de six à sept jours, il convient en effet de suspendre les injections de sulfate neutre de duboisine, afin d'éviter les effets

d'accumulation qui ne sauraient manquer de se produire et qui tendent à expliquer l'action thérapeutique favorable du médicament lorsque le médicament est suspendu.

Nous devons à la vérité d'ajouter que nous avons échoué dans un certain nombre de cas (30 0/0 environ), particulièrement chez les hommes, l'action du sulfate de duboisine se manifestant surtout chez la femme.

Osternenger, Preniger et Lewald ont indiqué des résultats analogues.

Le sulfate neutre de duboisine administré comme nous l'avons dit, a-t-il une action sur l'évolution de la maladie?

Quelques observations personnelles sembleraient nous le faire croire.

1° H., de 45 ans, atteint de folie prise tout d'abord pour de la paralysie générale. Idées absurdes de grandeur avec excitation énorme auxquelles succédaient tous les trois jours des périodes de mélancolie.

Nous n'avions cessé depuis près d'un an, d'affirmer l'incurabilité à la famille, et toutes les méthodes de traitement avaient échoué.

Au bout de huit jours de traitement par les injections qui n'ont pas dépassé 1^{m} 3/4 et qui ont été dans la suite diminuées progressivement, nous avons été très surpris de voir les phénomènes mentaux disparaître et l'alternance de l'excitation et de la dépression s'évanouir.

Depuis près d'un an, cet homme a pu être rendu à la famille et la guérison s'est maintenue.

2° Mme Th..., depuis dix-huit mois, emplissait le quartier des agités de ses cris répétés ; jour et nuit frappant et brisant tout ce qui tombait sous sa main. Le 26 avril 1890, les injections commencent.

Dans les cinq premiers jours, pas d'effet manifeste. Mais à partir du 3 mai, le calme est complet (2 milligrammes). Le sommeil devient bon, l'appétit est excellent, les impulsions ont disparu et à la date du 10 mai, nous pouvons graduellement suspendre le traitement.

Mme Th... est sortie guérie le 25 juin 1890 et dans une lettre récente, Mme Th... nous disait que sa santé continue à être satisfaisante.

3° Mlle Ch..., depuis trois ans très agitée; vocifère, insulte tout le monde. En butte à des idées de persécution de la part des curés, soutenue par le gouvernement contre le curé qui la tire par le bas de sa robe, etc. Après un traitement de douze jours qui n'a pas dépassé 2 milligrammes et demi, tout désordre a disparu et cette jeune fille a pu être remise à sa famille six semaines après le début du traitement. Elle a pu vivre au dehors pendant huit mois; mais les idées délirantes ont reparu.

A son retour à l'etablissement, nouveau traitement par les injections de sulfate neutre de duboisine.

Mais cette fois l'excitation seule a disparu; tandis que les idées délirantes subsistent.

Nous venons de montrer par ces trois exemples que le sulfate neutre de duboisine peut dans certains cas faire évoluer favorablement la maladie mentale. On reconnaîtra certainement qu'il n'a pas été nuisible.

Mais les résultats les plus remarquables et les plus fréquents sont ceux que l'administration du médicament permet d'observer dans la catégorie nombreuse de ces aliénés incurables dont l'excitation de jour et de nuit résiste à tout traitement.

Il serait fastidieux d'énumérer les cas multiples où nous avons pu et où nous pouvons à chaque instant faire cesser l'agitation de malades qui antérieurement au traitement, poussaient des cris continuels, troublaient le repos de tout leur entourage, cela pendant des mois entiers.

Nous en citerons seulement quelques exemples:

1° Mme D... P..., excitation maniaque avec loquacité et idées de grandeur, tendant à la démence. Lorsque l'excitation commence, il suffit d'une injection d'un demi-milligramme de sulfate neutre de duboisine, pour amener le calme.

Une demi-heure après l'injection, la malade reprend ses occupations. Son sommeil est bon et les périodes d'excitation ne paraissent plus que rarement; mais les idées délirantes subsistent.

Auparavant, les périodes d'excitation duraient plusieurs mois.

2° Mme P... Périodes violentes avec impulsions dangereuses durent antérieurement au traitement plus de deux mois consécutifs.

Une à deux piqûres suffisent à empêcher la période de se produire ou à la calmer (un milligramme à un milligramme et demi par injection). Les idées délirantes de persécution subsistent.

Nous pourrions, sans grand intérêt, multiplier les exemples; nous croyons cependant devoir ajouter que chez plusieurs malades atteints de folie à double forme, nous avons pu parfois retarder et même faire avorter les périodes d'excitation.

Le résultat s'obtient d'autant mieux que les injections sont rapprochées du début de la période d'excitation.

Toutefois, c'est dans cette variété de folie que nous avons obtenu les résultats les moins favorables.

Nous avons tenu à communiquer brièvement à nos collègues du Congrès de médecine mentale les résultats que nous avons pu obtenir dans le traitement des formes maniaques de l'aliénation mentale par les injections de sulfate neutre de duboisine.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur ce procédé thérapeutique encore nouveau.

Leurs expériences viendront, nous l'espérons, à l'appui des faits que nous venons d'avancer et démontreront comme nous avons essayé de le faire, que :

Le sulfate neutre de duboisine est un hypnotique excellent et un sédatif puissant.

M. Doutrebente souhaite que le sulfate neutre de duboisine n'ait pas le sort des autres hypnotiques et sédatifs, vantés chacun à leur tour pour le traitement des maniaques et que l'expérience a montrés bien peu efficaces. Il ne croit pas que ce médicament puisse avoir de l'action sur les périodes maniaques de la folie circulaire.

M. Mabille ne l'a expérimenté que chez des maniaques intermittents simples, ayant de temps en temps un état passager de dépression.

M. Marie, revenant sur la communication de M. Proust, à la séance du matin, présente l'observation d'un malade hystérique qui avait une attaque chaque fois que la sonde pénétrait dans l'estomac.

Il donne également la relation d'une autopsie qui permit de constater la présence du tœnia dans l'intestin et de cysticerques dans le cerveau, chez un sujet qui avait eu des attaques d'épilepsie.

Avant de se séparer, l'assemblée décide que le prochain Congrès aura lieu à la Rochelle.

La séance est levée et la troisième session du Congrès de médecine mentale est déclarée close.

EXCURSIONS ET BANQUETS

Le Congrès de Blois, en raison du choix de la ville située au centre de la France dans une région où les touristes rencontrent avec de belles forêts, des riches vallées et des coteaux verdoyants avait attiré un grand nombre de médecins aliénistes accompagnés de leurs femmes et de leurs enfants; la presse scientifique et d'information était aussi largement représentée.

Le département de Loir-et-Cher contient une incomparable variété de monuments et de souvenirs historiques de tous les âges, il appartient à la Beauce, à la Touraine, à la Sologne et au Perche. « Au XVIe siècle, Blois atteint la période la plus brillante de son histoire, les derniers Valois délaissèrent Paris pour venir l'habiter; par deux fois elle a reçu dans ses murs les délégués des États-Généraux !... »

La plus grande partie de la ville est située sur le bord de la Loire, s'étageant en amphithéâtre aux flancs de coteaux dominés par l'évêché et le château ; la ville basse, la plus ancienne renferme la plupart des monuments historiques ; la ville haute, moderne, d'un accès difficile aux voitures, pénible aux piétons, permet de contempler l'admirable panomara de la vallée de la Loire. C'est dans la ville haute que se trouvent tous les établissements publics y compris l'Asile des aliénés.

Suivant les indications du programme la journée du 3 août a été consacrée à la visite de l'Asile des aliénés et du pensionnat. Dès 9 heures du matin, les congressistes exacts au rendez-vous visitèrent successivement l'ancien asile des indigents fondé en

1841, l'infirmerie des hommes, inaugurée le 1er août et le nouveau service des idiots.

Le docteur Doutrebente avait installé dans un vaste préau, un plan très détaillé et de grande dimension qui lui a permis d'exposer rapidement devant tous ses auditeurs, la forme, l'étendue et l'usage de toutes les constructions et parcelles de terrain qui constituent le domaine de l'Asile départemental. Après avoir visité la buanderie, très importante construction, isolée et munie d'appareils nouveaux supprimant une grande partie du travail manuel, les congressistes se sont rendus à un nouveau quartier des *épileptiques simples* situé dans un enclos en dehors des murs d'enceinte de l'asile. Ce service, installé depuis quelques jours à peine, bien et largement conçu est destiné à recevoir des indigents.

La maison de santé du château de Saint-Lazare, porte aujourd'hui le nom de « VILLA LUNIER » en souvenir du regretté docteur Lunier qui l'a fondée et organisée ; située à 500 mètres de l'asile, elle comprend un parc de 10 hectares et des constructions très importantes permettant de recevoir 80 malades environ. Les membres du Congrès n'ont pas manqué d'admirer l'installation générale et le confort de cette maison de santé qui peut supporter la comparaison avec les plus importantes de la capitale.

A onze heures et demie, sous une tente dressée à cet effet dans le parc, l'administration de l'Asile offrait à déjeuner aux visiteurs fort heureux de se soustraire aux ardeurs du soleil et de se reposer de leur longue excursion.

(1) M. le Préfet présidait une table de quatre-vingts convives, au nombre desquelles plusieurs dames, Mmes Doutrebente, Mérier, Joffroy, Giraud, Rouby, Régis.

Nous remarquons encore MM. Roussel, sénateur, président du Congrès, M. Deschamps, président du conseil municipal de Paris, MM. Falret, Bouchereau, Bourneville, Ballet, Pierret, Garnier, médecin du Dépôt de la Préfecture, Ritti, Christian, Carrier, M. le Maire de Blois et M. Bourdain, adjoint, M. Petit, conseiller général, M. Mancel, ingénieur en chef, et les médecins de Blois.

(1) *Indépendant de Loir-et-Cher,* août 1892.

Au dessert, M. Sainsère a porté la santé du Congrès.

Il a remercié les savants médecins d'avoir choisi Blois pour y tenir leur réunion et d'être venus en aussi grand nombre. C'est heureux et fier qu'il leur a montré l'Asile départemental, si parfaitement administré par son distingué directeur, le docteur Doutrebente et par ses collaborateurs. D'ailleurs, le Conseil général ne néglige aucun sacrifice pour cet établissement et M. le Préfet exprime à ce propos le regret qu'il éprouve de ne pas voir à ses côtés le Président du Conseil général, dont il présente les excuses.

M. le Préfet constate que, grâce à la générosité du Conseil général et d'hommes comme M. Dessaignes, le département de Loir-et-Cher est classé le cinquième au point de l'hospitalisation des malheureux aliénés.

Il exprime l'espoir que les membres du Congrès emporteront un bon souvenir de leur séjour dans ce pays si bien dénommé par les troubadours d'antan et par les Guides Joanne : le jardin de la France.

L'étude des troubles de la névrose ne les empêchera pas de se rappeler les merveilles de Chambord, les éblouissantes clartés de Chaumont, car elles frapperont certainement leur âme d'artiste et de poète. Enfin, avec un à-propos charmant, M. Sainsère rappelle encore que Blois où le Congrès des aliénistes tient aujourd'hui ses assises est la patrie de Triboulet, cette éclatante et paradoxale revanche de la folie sur la raison.

Puis il termine par un toast aux membres du Congrès et aux dames dont la présence a été la gaieté et la discrète amabilité de ce repas charmant.

M. le sénateur Roussel remercie M. le directeur de l'Asile et Mme Doutrebente de leur aimable accueil. Il se plaît à reconnaître la bonne humeur dont, en digne compatriote de Rabelais, M. Doutrebente n'a cessé de faire preuve au cours des réunions. Aussi le souvenir de cet accueil ne s'effacera-t-il pas de l'esprit des membres du Congrès.

M. le docteur Falret joint ses remerciements à ceux du président et porte un toast à l'union de tous les membres de la famille aliéniste, union grâce à laquelle l'importance des Congrès a augmenté d'année en année, prouvant ainsi qu'à soigner leurs

malades, les aliénistes ne subissaient pas les effets de la contagion, puisque la sociabilité est le caractère de l'homme normal.

Le docteur Doutrebente, très ému, a répondu qu'il acceptait avec bonheur tous les compliments, à la condition d'en reporter la plus grande part au Préfet, au Conseil général, à la Commission de surveillance et à ses prédécesseurs parmi lesquels nous avons retenu les noms des docteurs Lunier, Guérineau et Mérier dont la veuve assistait au banquet. Pour l'organisation générale du Congrès il a tenu à remercier tous les médecins de Blois et des environs qui lui avaient donné spontanément leur concours moral et leur adhésion au Congrès et enfin les membres de la Presse scientifique et d'information, MM. Deny, Séglas, Reffray, Bourgeois et Pressurot.

A 2 heures, visite de la Prison de Blois où se trouvent encore les vestiges d'une hospitalisation des aliénés et épileptiques qui a fonctionné de 1808 à 1827. Un peu fatigués par la chaleur les membres du Congrès, en passant devant le Bureau de bienfaisance n'ont pas eu le temps de voir l'ancien asile des aliénés qui a été installé dans les dépendances du Bureau de bienfaisance de 1827 à 1845 ; ils avaient hâte de se rendre au Château où la municipalité de Blois à la tête de laquelle était M. Guéritte, maire de Blois, offrait aux membres du Congrès un vin d'honneur dans la salle des États.

« La journée du 4 août (1) a été consacrée à la visite des « châteaux de Chambord, Cheverny et Beauregard. Cette excursion « conduite par M. Doutrebente, avec une rondeur et une bonhomie « charmantes, a été à la fois très intéressante et très agréable. Les « congressistes ont déjeuné à Chambord. »

« *Les membres du Congrès* (2) emporteront de Blois et de ses environs un souvenir agréable. La promenade de jeudi qui a coupé leurs travaux par un jour de repos les a ravis ; et ils ont exprimé leur satisfaction tant au déjeuner de Chambord, qu'au délicat banquet servi à l'hôtel Gignon.

(1) *Progrès médical,* septembre 1892, p. 307.
(2) *Indépendant de Loir-et-Cher.*

Le matin, MM. Roussel, Doutrebente, le professeur Pierret, et MM. Gilbert Ballet, Joffroy, avaient porté divers toasts pleins de science, d'humour ou de poésie, le dernier à Mme Sainsère qui avait embelli la promenade de sa présence.

Le soir, M. Roussel a remercié la ville de Blois de son accueil dont il emportait un souvenir inoubliable. M. le Préfet a exprimé le regret de voir le Congrès se séparer ; mais la satisfaction d'avoir appris à connaître tant de savants ; et, répondant à toutes les légendes de croquemitaines que fait courir une certaine presse, il s'est écrié avec une amusante allusion du sous-préfet de Daudet « mais ça n'est pas méchant du tout, les aliénistes ! » M. Ritti, médecin de Charenton, a pris ensuite la parole, et doué, comme il l'a dit lui-même, de la bosse de la vénération, il a bu aux absents, à ceux qui ont tracé la voie, et notamment à Calmeil, ce vieillard de 94 ans, qui s'intéresse encore passionnément à la science dans laquelle il a marqué un sillon lumineux.

Le docteur Riu a ensuite donné rendez-vous aux assistants, à l'asile d'Orléans et sur les bords du Loiret, cet enfant sans état-civil, a-t-il dit par allusion à un incident de séance, et qui voudrait bien connaître son père.

Le docteur Régis, comme secrétaire général de la ligue des dames présentes, a adressé les plus vifs remerciements et porté une santé, fort applaudie, à Mme Doutrebente.

Enfin, le docteur Doutrebente a fait l'éloge des asiles de la Seine. C'était une façon de forcer le docteur Bourneville, médecin de Bicêtre, à prendre la parole. Il s'est exécuté aussitôt et, avec sa compétence, a fait l'éloge des deux établissements qu'il avait visités, l'Asile des aliénés et l'Hôpital général, et profitant de l'occasion cet apôtre de la laïcisation a rendu justice au personnel laïque de cet établissement, très heureux de pouvoir s'appuyer sur le témoignage du docteur Ansaloni, qui l'avait accompagné dans sa visite et assistait au banquet. Et rappelant les progrès accomplis dans le domaine de l'assistance publique, le docteur Bourneville a bu à la République. »

VISITE A ORLÉANS

« Le Congrès a définitivement terminé ses travaux à Orléans. Après avoir visité avec M. Bœgner, préfet du Loiret, et les membres de la Commission administrative le quartier d'aliénés des hospices, les membres du Congrès se sont réunis dans la belle salle de l'Institut, en un dernier banquet, sous la présidence du préfet.

Celui-ci a dit comment par le progrès des temps et de la science, le quartier d'aliénés d'Orléans qui avait été un des mieux aménagés lors de la loi de 1838, était devenu insuffisant et comment la construction d'un nouvel asile s'imposait.

M. Boullé, président de la Commission administrative, et M. Coudière, représentant la municipalité, ont remercié les membres du Congrès de leur visite et ont protesté de leur désir d'adoucir et d'améliorer autant qu'il était en eux le sort des infortunés, si cruellement privés du plus grand bien et de la plus haute prérogative de l'homme, la liberté.

M. Giraud, vice-président du Congrès, a remercié le préfet et les précédents orateurs de leur accueil et de leurs promesses; il a signalé les grands principes qui dominent aujourd'hui le traitement des aliénés, montré combien il était impraticable de les appliquer dans le vieux quartier, a bu au futur asile.

M. le docteur Doutrebente a exprimé la surprise qu'il avait éprouvée en visitant ce quartier qu'il avait trouvé si horrible, cinq

ans auparavant, et attribué les immenses progrès réalisés au docteur Riu et à la Commissions administrative.

Le docteur Riu, en remerciant, a de nouveau exposé la nécessité d'un nouvel asile, et remercié les dames, fidèles au Congrès, jusqu'au bout.

Enfin, le docteur Bourneville, sur l'invitation du préfet, a pris la parole pour exposer que les avantages des Congrès étaient non seulement la discussion des questions portées à l'ordre du jour, non seulement la création des relations personnelles entre membres du Congrès et les conversations hors séances, si fructueuses et si fécondes, mais aussi et surtout ces occasions d'entrer en contact avec les administrations républicaines et cette faculté de leur exposer les besoins des malheureux, de leur faire part des indications de la science et de leur fournir les moyens de faire œuvre de justice et de solidarité sociales.

M. le docteur Gassot boit enfin à l'union constante du corps médical et des administrations républicaines.

Après une excursion en corps aux sources du Loiret, les membres du Congrès, se sont séparés à regret, se donnant rendez-vous, dans un an, à la Rochelle.

* * *

Il me reste à m'excuser auprès des lecteurs de ce journal d'avoir si longuement traité de questions si arides. Mais au moment où la loi sur les aliénés va subir des modifications importantes ; au moment où le *Journal officiel* publie le rapport de M. J. Reinach sur cette intéressante question ; au moment ou le docteur Paul Garnier apporte au Congrès d'anthropologie criminelle, une statistique qui établit que par l'inexpérience des tribunaux il se commet en moyenne, par an, cinquante erreurs judiciaires, il m'a paru d'actualité de faire connaître les travaux si intéressants de ces savants dévoués sur lesquels s'exerce la légende routinière, l'esprit facile de tout le monde, et la méfiance peu éclairée de certaine presse. Je l'ai cru d'autant plus utile dans un département dont

l'Asile est considéré comme un modèle. Et je terminerai en rapportant l'excellente impression produite sur les membres du Congrès par la visite de ce bel établissement, par son installation si au courant de tous les perfectionnements modernes, par la pratique la plus complète possible de la liberté des malades, et l'on pourrait presque dire par l'air de gaieté de cet Asile, où les malades, mêlés aux employés forment eux-mêmes la fanfare de la maison. »

A. B.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

Blois, imprimerie Dorion et Cie, rue Denis-Papin, 41-43.